
Kuntoutumisen tukemisen prosessin näkyminen Kotiin sairaalasta -tiimin kirjauksissa



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 10.12.2013

Heikkilä Bea

Perälä Helena



Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Työn nimi Kuntoutumisen tukemisen prosessin näkyminen Kotiin
sairaalasta -tiimin kirjauksissa

Tekijät Heikkilä Bea & Perälä Helena

Ohjaava opettaja Ahonen Leena

Hyväksytty _____._____.20_____

Hyväksyjä

FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja amk

Tekijät	Heikkilä Bea & Perälä Helena	Vuosi 2013
Työn nimi	Kuntoutumisen tukemisen prosessin näkyminen Kotiin sairaalasta -tiimin kirjauksissa	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten Forssan kotihoidon Kotiin sairaalasta -tiimin kirjaamisessa näkyy kuntoutumisen tukemisen prosessi. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota kirjaamisen kehittämisessä voidaan hyödyntää. Forssan kaupungin kotihoito toimi opinnäytetyön toimeksiantajana ja tarkastelun kohteena olivat Kotiin sairaalasta -tiimin kirjatukset. Opinnäytetyö on laadullinen ja aineiston kerääminen toteutettiin dokumenttien tarkasteluna. Dokumentit sisälsivät Kotiin sairaalasta -tiimin päivittäiset kirjatukset asiakaspapereihin sekä hoito- ja palvelusuunnitelmat. Asiakaspapereita valittiin tarkasteltavaksi 10 ja niitä tarkasteltiin ajalta, jolloin asiakas oli Kotiin sairaalasta -tiimin hoidon piirissä. Hoito- ja palvelusuunnitelmia tarkasteltiin teoriaan peilaten.

Tämän opinnäytetyön keskeisimpien tulosten mukaan kuntoutumisen tarpeen arvioinnissa huomioitiin enimmäkseen asiakkaan fyysistä toimintakykyä. Toimintakyvyn arvioiminen kokonaisuutena sekä voimavarojen kartoitus ei kirjaamisessa näkynyt. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa hoidon tarve oli kirjattu valmiiden otsikoiden avulla, jolloin kirjaaminen ei ollut asiakaslähtöistä eikä kokonaisvaltaista. Tavoitteita ei ollut päivittäisen kirjaamisen dokumentteihin kirjattu. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa tavoitteet oli asetettu, mutta niitä ei ollut kirjattu asiakaslähtöiseen muotoon.

Suunnitelluissa toiminnoissa näkyi keinot, joilla tuetaan asiakkaan päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä sekä vastataan asiakkaan perushoidollisiin tarpeisiin. Asiakkaiden omatoimisuutta tuettiin päivittäisissä toiminnoissa, mutta kirjauksista ei kuitenkaan näkynyt asiakkaan kannustaminen tai ohjaaminen omatoimisuuteen, vaan kirjatukset kertoivat lähinnä sen, mitä hoitaja oli tehnyt. Kuntoutumista oli arvioitu hyvin yleisellä tasolla eikä asetettujen tavoitteiden toteutumista tai sovittujen toimintojen tuloksia seurattu systemaattisesti.

Avainsanat kuntoutumisen tukeminen, kotihoito, kirjaaminen

Sivut 42 s, + liitteet 2 s.

FORSSA

Degree program in Nursing
Nursing

Author

Heikkilä Bea & Perälä Helena **Year** 2013

Subject of Bachelor's thesis

Outlook of supporting the rehabilitation process in the registrations of Forssa home care's Home from hospital-team

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine how the registration of Forssa home care's Home from hospital - team is demonstrative of the process of support for rehabilitation. The aim of this study was to produce information that can be used to develop registration. The commissioner of this thesis was Forssa home care and under review were the registrations of Home from hospital -team. The thesis was qualitative and the data-collection method was a review of documents. Documents included the home care customer's daily registrations and the treatment- and service plans. Ten papers were selected for review and were examined for the period when the home care customer was in home care's charge. The treatment- and service plans were examined the way how it should have been done based on theory.

The main results of this thesis were that the needs assessment included mostly observations on the home care recipient's physical function. The whole of ability to function and the assessment of personal resources were not fulfilled in the registrations. The treatment- and service plans included the registrations about the needs but those were registered with using finished headings when the registration was not customer-oriented and comprehensive. The aims of care were not registered to the documents. The treatment- and service plans included the aims of care, but they were not registered to a right form and they were not individualistic.

The planned activities showed the ways to support the customer in his daily functions and the way to response to the customer's daily needs. The customer's independent initiative was supported but the encouraging and instructing of the customer was not shown in the registrations. Mainly registrations showed what the nurse had done. Rehabilitation assessment was made on a very general level and the aim of care or the planned activities were not monitored systematically.

Keywords support for rehabilitation, home care, registration

Pages 42 p + appendices 2 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KOTIHOITO	2
3	KOTIHOIDON ASIAKKAAN KUNTOUTUMISEN TUKEMISEN PROSESSI....	4
3.1	Asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi.....	5
3.1.1	Toimintakyvyn arviointi	6
3.1.2	Voimavarojen kartoitus	7
3.2	Asiakkaan kuntoutumisen tavoitteiden asettaminen ja toimintojen suunnittelu .	8
3.3	Asiakkaan kuntoutumisen tukeminen ja arviointi	9
4	KIRJAAMINEN KOTIHOIDOSSA	11
4.1	Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelma	11
4.2	Päivittäinen kirjaaminen.....	12
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	15
6.1	Aineiston keruu	16
6.2	Aineiston analysointi.....	16
7	KUNTOUTUMISEN TUKEMISEN PROSESSIN NÄKYMINEN KIRJAUKSISSA 19	
7.1	Kuntoutumisen tarpeen arviointi	19
7.1.1	Arjessa selviytyminen	19
7.1.2	Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät	21
7.2	Suunnitellut tavoitteet	24
7.3	Suunnitellut toiminnot.....	24
7.3.1	Arjessa selviytyminen	24
7.3.2	Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät	25
7.4	Toimintojen toteutus	27
7.4.1	Arjessa selviytyminen	27
7.4.2	Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät	29
7.5	Kuntoutumisen arviointi.....	30
7.5.1	Arjessa selviytyminen	31
7.5.2	Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät	32
7.6	Hoito- ja palvelusuunnitelma	32
8	POHDINTA.....	34
8.1	Luotettavuus	34
8.2	Eettisyys	36
8.3	Tulosten tarkastelu	37
	LÄHTEET	41
Liite 1	Aineiston pelkistäminen	
Liite 2	Aineiston ryhmittely	

1 JOHDANTO

Tulevina vuosina ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan huomattavasti. Suurin osa heistä asuu omissa kodeissaan, joten edellytys kotona selviytymiseen on toimintakyvyn ylläpitäminen. (KASTE 2012, 24.) Kotona asumista ja itsenäistä suoriutumista päivittäisistä toiminnoista tukee ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen lisää myös mahdollisuutta toimia aktiivisena yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä. Hyvinvointia ja terveyttä voidaan edistää laadukkaalla kotihoidolla, jonka merkitys korostuu ikäihmisten palvelujen tarpeen arvioijana sekä kuntoutuksen toteuttajana (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 20, 24–28).

Laadukas kotihoito on kuntoutumista edistävää ja toimii tavoitteellisesti ikääntyneiden kuntoutumistarpeiden pohjalta asiakkaan fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet huomioiden. Oleellisena osana kotihoidon laadun varmistusta on myös asiakkaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon välinen hoito- ja palvelusuunnitelma, joka mahdollistaa eri toimijoiden välisen saumattoman yhteistyön. Lisäksi sen avulla voidaan asiakkaalle tuottaa toimiva ja laadukas palvelukokonaisuus. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 27–30.)

Koska kotihoidon yhtenä tärkeimmistä tehtävistä on edistää ikääntyneiden kotona selviytymistä ja heidän toimintakykyään, tulisi sen toteutumista jollakin tavoin myös arvioida (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 27, 44). Kirjaaminen luo perustan kaikelle toteutettavalle hoitotyölle ohjaamalla hoitohenkilökunnan toimintaa. Tarkastelemalla kirjaamista, voidaan saada tietoa esimerkiksi kuntouttavan hoitotyön vaikuttavuudesta. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 15.)

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Forssan kaupunginkotihoito ja tarkoituksena oli selvittää, miten Forssan kotihoidon Kotiin sairaalasta -tiimin kirjaamisessa näkyy kuntoutumisen tukemisen prosessi. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota kirjaamisen kehittämisessä voidaan hyödyntää. Työssä tarkastellaan Kotiin sairaalasta – tiimin kirjauksia, joita ovat päivittäiset kirjaukset asiakaspapereihin sekä hoito- ja palvelusuunnitelmat.

Työn keskeisimmät käsitteet ovat kuntoutumisen tukeminen, kotihoito ja kirjaaminen.

2 KOTIHOITO

Kotihoidossa hoitajat seuraavat asiakkaan vointia ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa. Kotihoito tukee ja auttaa asiakkaita, jotka tarvitsevat sairauden tai alentuneen toimintakykynsä vuoksi apua kotiin, jotta he selviytyisivät arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista esimerkiksi hygienian hoitamisesta. (STM 2012.) Kotihoidon palveluja asiakkaalle suunniteltaessa otetaan huomioon ikäihmisen koko elämäntilanne arjen sujuvuuden, sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn tukemisen kannalta. Kotihoito sovittaa yhteen erilaisten palvelun tuottajien palveluja vastaamaan asiakkaan yksilöllisiä palvelutarpeita. (Heinola & Luoma 2007, 9.) Pääsääntöisesti kotihoitoa toteutetaan päivisin, mutta monissa kunnissa kotihoitoa saa myös iltaisin, viikonloppuisin ja öisin. Asiakkaalle on tarjolla myös tukipalveluita, joita ovat esimerkiksi ateriat-, siivous- ja kuljetuspalvelu. (STM 2012.)

Forssan kaupungin kotihoito muodostuu kotipalveluista yhdessä kotisairaanhoidon kanssa. Kotihoidon palveluja ovat tuki-, hoiva-, perushoito- ja sairaanhoitopalvelut, joiden tarkoituksena on tukea asiakkaan itsenäistä selviytymistä kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoito on tarkoitettu niille, jotka tarvitsevat apua joko tilapäisesti tai säännöllisesti. (Kotihoito Forssan kaupungin vanhuspalveluissa 2012.)

Säännöllistä apua tarjotaan niille, joilla avun tarve on toistuvaa ja asiakkaan hoito ja huolenpito vaatii sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstön ammattiosaamista. Lähtökohtana on, että henkilö ei selviydy arjen toiminnoista itsenäisesti, omaisten, yksityisten palveluiden tai vapaaehtoisten avun turvin. Asiakkaan tarvitessa tilapäistä palvelua, ovat yksityiset palveluntuottajat hänelle ensisijainen vaihtoehto. Jos asiakkaan terveydentila estää asiakasta hakemasta hoitoa terveyskeskuksesta tai toimeentulo yksityisten palveluiden käyttöön ei ole riittävä, kotihoito voi tehdä tilapäisiä käyntejä asiakkaan kotiin. (Kotihoito Forssan kaupungin vanhuspalveluissa 2012.)

Kotihoidon henkilökunta muodostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista, kodinhoitajista ja perushoitajista, jotka yhdessä muodostavat erilaisia tiimejä. Heidän lähiesimiehensä toimii kotihoidon ohjaaja. Kotihoidon tiimit muodostuvat kohderyhmänsä mukaan. (Kotihoito Forssan kaupungin vanhuspalveluissa 2012.)

Kotiin sairaalasta -tiimi osallistuu vaativimpiin kotiutuksiin ja vastaa tällöin asiakkaiden palveluohjauksesta korkeintaan kahden viikon ajan. Palveluohjausta on esimerkiksi kotiutukseen liittyvien järjestelyjen hoitaminen sekä asiakkaan ohjaus ja avustaminen kotona pärjäämisessä. Jos asiakas tarvitsee apua vielä kahden viikon jälkeen, siirtyy hän kotihoidon ikäihmisten tiimin asiakkaaksi. (Kotihoito Forssan kaupungin vanhuspalveluissa 2012.)

Ikäihmisten kotihoitotiimi toimii parantaakseen ikäihmisten edellytyksiä asua omassa kodissaan. Tiimi tarjoaa säännöllistä kotihoitoa, jolloin asiakas saa palveluja säännöllisesti vähintään kerran viikossa. Ikäihmisten sai-

raanhoitajatiimin palvelut on tarkoitettu asiakkaille jotka tarvitsevat säännöllistä sairaanhoidollista hoitoa, eivätkä pysty itse hakeutumaan perusterveydenhuollon palveluihin. Tarvittaessa tiimin palveluihin kuuluvat myös suunnitelmalliset lääkärin kotikäynnit. (Kotihoito Forssan kaupungin vanhuspalveluissa 2012.)

Kotihoidon asiakkaaksi tullaan aina asiakkaan senhetkiseen tilanteeseen vaikuttavan tahon yhteydenoton välityksellä. Yhteyttä kotihoitoon voi ottaa esimerkiksi asiakkaan omainen, sairaanhoito, sosiaalitoimi, muu palvelujen tarjoaja tai joissakin tapauksissa asiakas itse. Usein asiakkuus alkaa asiakkaan kotiutuessa sairaalasta. (Ikonen 2013, 147.)

3 KOTIHOIDON ASIAKKAAN KUNTOUTUMISEN TUKEMISEN PROSESSI

Kuntoutuksen tavoitteena on parantaa yksilön selviytymistä kaikilla potilaan toiminnan alueilla, joita ovat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toiminta-alue. Työskentelyn tulee olla voimavaralähtöistä, johon kuuluu muun muassa terveyden edistäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Asiakkaan toimintakykyä ylläpitävää ja kuntoutumista edistävää työtä korostaa se, että kaikki arkipäivän toiminta tulee järjestää asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarojen pohjalta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakas tekee itse kaiken minkä pystyy ja hoitaja toimii vain tilanteiden ohjaajana ja asiakkaan motivoijana. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 20.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa kuntoutusselonteossa kuntoutus on käsitteenä määritelty ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen niin, että kuntoutuja kykenisi hallitsemaan elämäntilanteensa. (STM 2002b, 3.) Ikääntyneiden kuntoutus ja kuntoutuminen vaativat terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisten yhtenäiseen päätöksentekoon liittyvää toimintaa. Toiminnan tavoitteena on iäkkäiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn palauttaminen sekä sen ylläpitäminen ja huononemisen ehkäiseminen.

Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä iäkkäiden selviytymistä omassa asuin- ja elinympäristössään pyritään tukemaan niin, että he voivat elää mahdollisimman itsenäistä ja täysipainoista elämää. Itsenäinen ja täysipainoinen elämä voidaan saavuttaa mahdollistamalla ja tukemalla ikääntyneen omatoimisuutta ja jäljellä olevien voimavarojen käyttöä. Onnistuneen ikääntyneiden kuntoutumista edistävän hoitotyön tulee pohjautua laajaan toimintakyvyn arviointiin ja siihen perustuvaan systemaattiseen hoitotyön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Kan & Pohjola 2012, 46.)

Korpelaisen (2011) tutkimuksen tulosten mukaan kotona asuvan ikääntyneen henkilön toimintakyvyn edistämisessä hyvin tärkeiksi tekijöiksi arvioitiin sairauksien pahenemisen ehkäiseminen, liikuntakyvyn ylläpitäminen ja kodin turvallisuudesta tai esteettömyydestä huolehtiminen. Lisäksi toimintakykyä edistäviksi hyvin tärkeiksi tekijöiksi arvioitiin sairauksien varhainen toteaminen, positiivinen asenne ikääntymisessä ja masennuksen ehkäisy. Hyvin tärkeinä tekijöinä pidettiin myös kodin ulkopuolisen asioinnin mahdollistamista, sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä ja yksinäisyyden vähentymistä.

Kotihoidon asiakasprosessi alkaa palvelutarpeen arvioinnilla, jolloin asiakkaan käsitys selviytymisestään otetaan huomioon. Päämääränä on mahdollistaa ikääntyneen kotona asuminen. Asiakkaan tarpeiden pohjalta suunnitellaan palvelukokonaisuus, jonka lähtökohtana on asiakkaan voimavarojen, toimintakyvyn ja osallisuuden vahvistaminen sekä oikeus va-

lintaan. Kotihoitoa toteutetaan palvelusuunnitelman mukaisesti, tarpeen mukaan joustuen. Toteutuksen tuloksellisuutta seurataan ja sen vaikuttavuutta arvioidaan. Palvelut toteutetaan kuntoutumista edistävällä työotteella. (Ikonen 2013, 146, 160.)

3.1 Asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi

Kun ikääntynyt tulee kotihoidon asiakkaaksi, tehdään asiakkaan kotiin kotihoidon toimesta ensikäynti, jonka aikana tehdään palvelutarpeen arviointi. Palvelutarpeen voi arvioida ensikäynnillä esimerkiksi kotihoidon ohjaaja, lähihoitaja tai sairaanhoitaja. Arvioinnin tekijä vaihtelee kunnittain. (Ikonen 2013, 147.)

Ensikäynnin aikana asiakkaan asuin- ja elinympäristö sekä mahdolliset asunnon muutos- ja korjaustyön tarpeet kartoitetaan. Myös asiakkaan itsestä selviytymistä tukeviin keinoihin ja menetelmiin kuten apuvälineisiin ja sosiaali- ja tekniikkaan perehdytään. Ensikäynnin aikana selvitetään lisäksi asiakkaan yksilölliset palvelun ja hoidon tarpeet, toiveet ja odotukset sekä kerrotaan palveluista ja niihin liittyvistä maksuista ja maksujen perusteista. Asiakkaalle tulee myös kertoa, mitä tietoja hänestä tarvitaan, mistä niitä pyydetään ja miksi. Lisäksi omaisten mahdollisuus osallistua asiakkaan auttamiseen tulee selvittää. (Ikonen 2013, 149.)

Toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin tulisi olla asiakaslähtöistä, jolloin huomioidaan asiakkaan oma subjektiivinen näkemys sekä mahdollisesti omaisten näkemys asiakkaan palvelutarpeesta (Heinola & Luoma 2007, 37). Kuuselan (2009) tekemän tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys ilmeni asiakkaan tai omaisen kuulemisena hoidon suunnittelussa, osallistamisena sekä yksilöllisyyden huomioimisena. Arviointi tehdään usein asiakkaan kotona, jotta saadaan selkeä näkemys hänen selviytymisestään arjessa. Arviointi on lisäksi moniammatillista eli arviointiin osallistuu asiakkaan ja hänen läheisensä lisäksi kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät, hoitava lääkäri, muut terveydenhuollon ammattilaiset sekä tarpeen mukaan myös eri asiantuntijoita kuten dementia-, päihde- tai mielenterveysasiantuntijoita. (Heinola & Luoma 2007, 37–41.)

Asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin tavoitteena on saada asiakkaalle saumaton tarpeidenmukainen palvelukokonaisuus kotona asumisen tueksi. Ikäihmisten kanssa tehtävässä hoitotyössä oleellista on osata arvioida asiakkaan toimintakykyä sekä hyödyntää tietoja asiakkaiden toimintakykyä edistävän hoitotyön perustana. (Voutilainen 2009, 124.) Asiakkaan kotona pärjäämistä, palveluntarvetta ja sairaanhoidon tarvetta selvitetään vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa, jossa lähtökohtana toimivat asiakkaan elämäntilanne, toimintakyky, voimavarat sekä tarpeet. Arviointi tehdään asiakasta ja mahdollisesti hänen omaisiaan haastattelemalla sekä asiakkaan toimintaa havainnoimalla. Lisäksi apuna voidaan käyttää erilaisia mittareita. (Ikonen 2013, 147–148.)

3.1.1 Toimintakyvyn arviointi

Keskeisenä osana asiakkaan palvelutarpeen arviointiin ja asiakkaan itseenäiseen selviytymiseen kotona vaikuttavat ihmisen toimintakyky ja voimavarat. Kotihoidon asiakasta ei kuitenkaan ositeta, vaan hänet nähdään kokonaisuutena. Asiakas on omassa ympäristössään toimiva ja aktiivinen yksilö. (Ikonen 2013, 149.) Ihmisen toimintakykyä kuvaa se, miten hyvin hän kykenee vastaamaan elinympäristön hänelle asettamiin vaatimuksiin. Vaatimukseen liittyy kyky huolehtia itsestään, hoitaa työnsä ja nauttia vapaa-ajan toiminnasta. (Suvikas, Laurell & Nordman 2013, 78.)

Toimintakykyä arvioidaan käyttämällä mittareita, keskustellen asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa sekä havainnoiden. (Ikonen 2013, 152.) Kuuselan (2009) tutkimustulosten mukaan kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn arviointi tehtiin pääasiassa havainnointiin sekä intuitioon ja kokemukseen perustuvaan tulkintaan pohjautuen. Tutkimuksessa haastateltavat kuvasivat asiakkaan tilanteen arviointia yleissilmäksi, kokonaisvaltaiseksi päästä varpaisiin arvioimiseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn selvittämiseksi. Lisäksi käytettiin joitakin yleismittareita, joita olivat esimerkiksi RAVA ja MMSE. Potilaan voimavarat, arkipäivän pärjääminen, avainongelmat ja avun tarpeen selvittäminen kuvasivat asiakkaan toimintakyvyn arviointia. Asiakkaan tapaaminen säännöllisesti mahdollisti haastateltavien mielestä laaja-alaisen arvioinnin asiakkaan tilanteesta ja kotona pärjäämisestä.

Arviointi sisältää aina vähintään neljä ulottuvuutta, joita ovat fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen ulottuvuus. (Ikonen 2013, 152.) Fyysinen toimintakyky kuvaa ihmisen selviytymistä päivittäisiin toimiin liittyvistä fyysisistä vaatimuksista. Fyysiset vaatimukset voivat liittyä iäkään kehon yksittäisten elinten ja elinjärjestelmien toimintaan tai elimistön kykyyn selvitä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä. Fyysistä toimintakykyä arvioitaessa keskeistä on kiinnittää huomio hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikunta elinten sekä aistielinten toimintaan. (Voutilainen 2009, 125.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä viitataan ihmisen elämänhallintaan, mielen terveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkisen toimintakyvyn kokonaisuuteen kuuluvat ihmisen itsearvostus, mieliala, erilaisista haasteista selviäminen ja emotionaaliset voimavarat. Kognitiivinen eli älyllinen toimintakyky muodostuu päättely- ja muistitoiminnoista sekä kielellisistä kuten puheen tuottaminen ja ymmärtäminen, visuaalisista eli hahmottamisesta ja motorisista toiminnoista esimerkiksi nopeudesta ja näppäryydestä. Arvioitaessa ihmisen psyykkistä tai kognitiivista toimintakykyä tulee ne ottaa huomioon kokonaisuutena, koska psyykkinen toimintakyky kuten mieliala ja motivaatio ovat suoraan yhteydessä ihmisen älylliseen suoriutumiseen ja toisaalta kognitiiviset muutokset voivat kertoa joidenkin psyykkisten sairauksien oirekuvasta. (Voutilainen 2009, 126.)

Sosiaalinen toimintakyky kuvaa ihmisen suoriutumista vuorovaikutuksesta toisten ihmisten kanssa. Sosiaalista toimintakykyä määrittää ihmisen suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen sekä myös vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys. Lisäksi sosiaalisen

toimintakyvyn alueelle liitetään myös ihmisen harrastukset riippumatta siitä tapahtuvatko ne yksin, toisten kanssa, kotona tai kodin ulkopuolella. (Voutilainen 2009, 126.)

Huomioon otettavia tekijöitä ikääntyneen toimintakyvyn arvioinnissa ovat fyysisten, kognitiivisten, emotionaalisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi taloudelliset, ympäristö- ja riskitekijät. Taloudellinen tekijä on esimerkiksi kyky huolehtia omista raha-asioista. Ympäristötekijöitä ovat esimerkiksi asunnon varustetaso ja esteettömyys. Riskitekijöihin taas kuuluvat asiat, jotka saattaisivat huonontaa asiakkaan toimintakykyä kuten kaatumisen riski, lihasvoimien väheneminen ja päihteiden käyttö. Arviointia tehdessä oleellista on arjen sujumisen näkökulmasta se, miten asiakas selviytyy toiminnoista peräkkäisinä yhtäjaksoisina suorituksina. (Heinola & Luoma 2007, 39–41.)

3.1.2 Voimavarojen kartoitus

Lähtökohtana asiakkaan tarpeiden selvittämiseksi on toimintakyvyn arvioinnin lisäksi voimavarojen kartoittaminen. Voimavarat ovat ihmisen aineellisia, persoonallisia ja henkisiä ominaisuuksia tai ilmiöitä, jotka vaikuttavat ihmisen kykyyn selviytyä elämässä. Voimavarat toimivat perustana ihmisen toimintakyvylle, joten niitä arvioidaan suhteessa fyysisen ja sosiaalisen kotiympäristön ominaisuuksiin ja vaatimuksiin. Voimavarat voidaan jakaa fyysisiin, henkisiin, sosiaalisiin, ympäristöllisiin ja taloudellisiin voimavaroihin. Fyysisiä voimavaroja ovat esimerkiksi terve sydän, hyvä näkö ja kuulo tai hyvä tai riittävä fyysinen kunto. Nämä voimavarat liittyvät ihmisen kehoon ja elintoimintoihin, ja ne edesauttavat ihmisen päivittäistä toimintaa ja liikkumista. (Ikonen 2013, 149–150.)

Henkisiin voimavaroihin kuuluvat muun muassa ihmisen persoonallisuus, kognitiiviset toiminnot sekä mielenterveys. Persoonallisuus muodostuu ihmisen minäkuvasta, itsetunnosta ja sosiaalisista taidoista. Ihmisen älylliset toiminnot kuten havaitseminen, aistiminen, muisti, oppiminen, ongelmanratkaisukyky ja kyky selviytyä uusista tilanteista ovat kognitiivisia toimintoja. Mielenterveys muodostuu ihmisen psyykkisestä hyvinvoinnista, toimintakyvystä ja persoonallisesta kasvusta. Henkisiä voimavaroja ovat lisäksi myös ihmisen elämäntähtämys ja vakaumus. (Ikonen 2013, 151.) Turjamaan, Hartikaisen ja Pietilän (2011) tutkimuksen mukaan psyykkisen hyvinvoinnin voimavaroja olivat lähinnä positiivinen elämäntähtämys ja itseluottamus.

Sosiaaliset voimavarat muodostuvat toisten ihmisten kanssa tapahtuvassa vuorovaikutuksessa. Sosiaaliset voimavarat voivat olla esimerkiksi parisuhde, perhe, ystävät, tuttavat asuin- ja lähiympäristössä sekä tuttavat yhteiskunnassa tai erilaisiin palveluihin liittyvä yhteistyösuhde. Sosiaalisia suhteita kuvattaessa voidaan puhua myös ihmisen sosiaalisesta verkostosta, johon kuuluvat ihmiskontaktit rakentavat hänen sosiaalista identiteettiään. (Ikonen 2013, 151.) Turjamaan ym. (2011) tutkimuksen mukaan sosiaaliset suhteet ovat merkittävä voimavara ikääntyneille. Sosiaalisia suhteita olivat perhe- ja ystävyys-suhteet sekä luottamuksellinen suhde kotihoidon henkilökunnan kanssa.

Ympäristöllisiin ja taloudellisiin voimavaroihin luetaan ihmisen oma koti, kotiympäristö ja sen toimivuus sekä vapaus liikkua. Lisäksi kotihoidon asiakkaalle keskeisiä voimavaroja selviytymisen ja hyvinvoinnin näkökulmasta ovat erilaiset palvelut. (Ikonen 2013, 152.)

Ihmiset voivat kokea oman selviytymisensä hyvinkin eri tavalla, vaikka he ulkonaisesti olisivat samanlaisessa elämäntilanteessa. Voimavarojen käyttö tehdään suhteessa fyysisen ja sosiaalisen kotiympäristön ominaisuuksiin ja vaatimuksiin. (Ikonen 2013, 150.) Turjamaan ym. (2011) mukaan ikääntyneiden voimavaroja tukevia tekijöitä olivat terveyttä edistävät kotihoidon palvelut sekä ympäristön turvallisuus ja toimivuus. Keskeisiä osa-alueita terveyttä edistävien kotihoidon palveluiden näkökulmasta olivat palveluiden saatavuus, yhteistyö kotihoidon henkilökunnan kanssa ja luottamuksellinen hoitosuhde. Ympäristön turvallisuus ja toimivuus pitivät sisällään iäkkäiden mahdollisuuden asua kotonaan itsenäisesti ja taloudellisesti riippumattomana.

3.2 Asiakkaan kuntoutumisen tavoitteiden asettaminen ja toimintojen suunnittelu

Asiakkaan hoidon ja palveluiden tarpeet, tarvittava ohjaus, kuntoutus, palvelut ja hoito asetetaan tärkeysjärjestykseen palveluista sovittaessa. Asiakkaan kanssa asetetaan tavoitteet, jotka perustuvat palveluiden tarpeeseen. Tavoitteet ilmaistaan myönteisesti, realistisesti, selkeästi ja motivoivasti ja ne kirjataan kotihoidon asiakkaan palvelusuunnitelmaan. Tavoitteet asetetaan yksilöllisesti, jonka jälkeen määritellään toiminnot niiden saavuttamiseksi. (Ikonen 2013, 158–159.)

Hoidon tavoitteet voivat olla pitkän tai lyhyen aikavälin tavoitteita ja ne ilmaistaan aina asiakaslähtöisesti eli hoidettavan kokemuksena tai tavoiteltavana olotilana. Tavoitteiden on oltava mahdollisimman konkreettisia, jolloin ne ovat myös saavutettavissa. Tavoitteiden saavuttamista voidaan arvioida tavoitteille asetetun aikataulun pohjalta. (Kan & Pohjola 2012, 51.)

Yksilölliset tavoitteet asetetaan asiakkaan sairauksien hoidolle ja fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemiselle. Toimintoja ovat esimerkiksi sairaanhoito, apuvälineet ja tukipalvelut asiakkaan selviytymiseksi kotona. (Heinola 2007, 26–27.) Jos asiakkaan tarpeet tai voimavarat muuttuvat, palvelusuunnitelma tarkastetaan ja muutetaan yhteistyössä asiakkaan kanssa (STM 2002a, 5, 35). Vaikka potilaan tila ei muuttuisi, päivitetään suunnitelma vähintään puolen vuoden välein (Heinola 2007, 27).

Kuuselan (2009) tutkimuksen tuloksista selvisi, että asiakkaiden kuuleminen omien palvelujensa suunnittelijana nähtiin tärkeänä ja yhteistyötä edistävänä, vaikka näkemyksiä jouduttaisiin sovittamaan yhteen. Toiminnan suunnittelun haastateltavat kuvasivat lähtevän asiakkaan itse ilmaisemista tarpeista, mutta myös omaiset koettiin tärkeiksi yhteistyökumppaneiksi ja heidän toivomukset ja huomiot asiakkaista otettiin huomioon toimintoja suunniteltaessa. Haastateltavat olivat myös sitä mieltä,

että asiakkaat ja omaiset osallistuivat mahdollisuuksien mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemiseen.

3.3 Asiakkaan kuntoutumisen tukeminen ja arviointi

Tavoitteisiin pääsemistä varten asetetaan hoitotyön keinot. Tavoitteiden toteutumista edesauttaa iäkkään motivaatio oman toimintakykynsä ylläpitämiseen. (Kan & Pohjola 2012, 52.) Henkisellä tuella ja positiivisella palautteella on merkittävä merkitys ikääntyneen omiin kykyihin uskomiseen. Ne myös edesauttavat ponnistelua kohti sovittua päämäärää. Hoitajan tulee huomioida henkilön oppimiskyky, motivaatio ja henkiset voimavarat sekä antaa tietoa ikääntyneelle hänen tilanteestaan, kuntoutumisestaan ja vaihtoehtoista ymmärrettävästi. Hoitosuhteessa korostuu luottamusta herättävä vuorovaikutussuhde ja avoin kommunikaatio. (Vähäkangas 2008, 147.)

Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta asiakkaan voimavarat tunnistetaan, jolloin niitä voidaan hyödyntää kuntoutuksen pohjana. Olennaista on toimia voimavarojen pohjalta yhdessä asiakkaan kanssa ja tukea asiakkaan perheen ja ystävien osallistumista asiakkaan kotona selviytymisen tukemiseen. Kun asiakkaan palvelujen tarpeen arviointi tehdään yksilöllisesti, voidaan toteuttaa yksilöllistä hoitosuunnitelmaa ja tehdä hoitotyötä sen pohjalta. (Heinola & Luoma 2007, 42–43.)

Hoitotyötä tehdään kuntouttavan työotteen periaatteen mukaan, jolloin työntekijä toimii vain tilanteiden ohjaajana kannustaen, innostaen ja rohkaisten asiakasta toimimaan itse. Arkipäivän toiminta tulee järjestää asiakkaan toimintakykyyn ja voimavaroihin peilaten. Toimintakyky ja voimavarat kartoitetaan asiakaslähtöisesti, mitä asiakas tekee itse ja mihin hän pystyy. (Hägg ym. 2007, 20.)

Hoitotyön vaikutuksia ja saavutettuja tuloksia arvioidaan. Asiakkaan kokonaistilannetta arvioidaan tuntemuskysymysten, arkirupattelun, tunnustele-
van puheen, kuuntelemisen ja havainnoinnin avulla. Havainnoimalla asiakasta hänen omassa ympäristössään saadaan seurattua asiakkaan selviytymistä yleisistä arjen toiminnoista. Lisäksi tietoa saadaan asiakkaan terveydentilasta, sairauksien oireista, lääkityksestä, liikkumisesta, apuvälineiden käytöstä tai tarpeesta, sosiaalisesta verkostosta, tyytyväisyydestä kotihoitopalveluihin sekä omaisten osuudesta hoitoon ja huolenpitoon. (Ikonen 2013, 160, 163.)

Suunnitelman toteutumista arvioidaan koko prosessin ajan hoitotyön tavoitteiden ja keinojen pohjalta. Arviointi koostuu asiakkaan edistymisestä ja hoidon vaikuttavuudesta. Arvioinnissa voidaan käyttää apuna myös hoidon suunnitteluun valittuja mittareita, esimerkiksi RAVA- ja MMSE -testejä. Tavoitteisiin ei aina päästä, jolloin arvioinnissa tulee ilmaista ne syyt, joiden vuoksi tavoitteita ei ole saavutettu. Tavoitteita tulee olla mahdollista muuttaa tarpeen mukaan tai niitä voidaan laatia lisää. Asiakasta arvioidaan, kuinka yksilöllisesti suunnitellut toiminnot ovat toteutuneet arjessa ja miten ne ovat vaikuttaneet asiakkaan toimintakykyyn. Lisäksi voi-

daan arvioida, kuinka toimintakykyä ylläpitävän tai edistävän hoitotyön toteutus on onnistunut. (Kan & Pohjola 2012, 56–57, 60.)

4 KIRJAAMINEN KOTIHOIDOSSA

Kotihoidon kirjaamisen avulla voidaan hoitotyötä tuoda näkyväksi ja arvioitavaksi. Hoitotyö saadaan näkyväksi kirjaamalla ajantasaisesti asiakastyön tavoitteet, sisällöt, käytetyt menetelmät sekä työn vaikuttavuus ja saavutetut tulokset. Kirjaamisen avulla voidaan todentaa hoidon laatua sekä turvata hoidon jatkuvuutta. Lisäksi kirjausten avulla tieto saadaan välitettyä kotihoidon tiimille ja muille hoitoon osallistuville. Tavoitteita kotihoidon kirjaamisessa ovat asiakkaan palvelun turvaaminen sekä asiakkaan tiedonsaantioikeuden toteennäyttäminen. Lisäksi kirjaamisella tavoitellaan asiakkaan ja henkilöstön oikeusturvan varmistamista sekä tiedon tuottamista kotihoidon johtamisen, suunnittelun, tutkimuksen ja opetuksen tueksi. (Ikonen 2013, 165, 166–167.)

Kirjaamiskäytännöt vaihtelevat eri kunnissa, mutta kirjaamista yleisesti säätelevät erilaiset lait ja asetukset (Ikonen 2013, 166). Keskeisimpiä näistä ovat sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirja-asetus, henkilötietolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä, terveydenhuoltolaki ja asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Lait ja asetukset määrittelevät tiedonhallinnan niin, että tietoa saavat oikeat henkilöt oikealla hetkellä sekä saatava tieto on riittävän laajaa ja ajankohtaista. Toiminnassa ja päätöksenteossa tulee lainsäädännön mukaan huolehtia siitä, että vain sellaisia tietoja käytetään, jotka ovat tarpeellisia ja virheettömiä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 44.)

Kirjauksia ja merkintöjä voivat kotihoidossa tehdä kaikki sairaanhoitajat ja lähihoitajat, jotka ovat välittömässä hoitosuhteessa asiakkaaseen. Kirjauksissa tulee näkyä merkinnät kotikäynnistä sekä merkinnän tehneen nimi ja asema. Kirjaamiskäytännöt kirjatessa asiakkaan sähköiseen hoitokertomukseen vaihtelevat. Asiakkaan yksilölliset tavoitteet, keinot tavoitteiden saavuttamiseksi, suunnitelma kotihoidon toteutumisesta ja arviointi kirjaetaan asiakkaan palvelusuunnitelmaan, joka toimii pohjana kaikelle toteutettavalle hoitotyölle. Lisäksi päivittäinen työ asiakkaan luona kirjataan usein asiakastietojärjestelmään tyhjälle sivulle. (Ikonen 2013, 166–167, 169.)

4.1 Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelma

Lain mukaan sosiaalihuoltoa toteuttaessa on laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa tai muun läheisensä kanssa. (Laki sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista 812/2000 7§.) Hoito- ja palvelusuunnitelma on keskeinen kotihoidon suunnittelun ja toteutuksen työväline, joka rakentuu yhteistyöstä työntekijän ja asiakkaan välillä. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla työntekijät ovat tietoisia asiakkaan tilasta ja sen muutoksista. Suunnitelman avulla voidaan myös turvata kotihoidon tavoitteellisuus ja yhdenmukaisuus. (Heinola 2007, 26.)

Kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakkaalle henkilökohtaisesti ja yksilöllisesti tehty suunnitelma, joka ohjaa hoidon ja hoitotyön suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa yhdistyvät kuvaus kotihoitoasiakkaan palvelukokonaisuudesta, lääketieteellisen hoidon suunnitelmasta, hoitotyösuunnitelmasta sekä kotipalvelutyön hoiva- ja huolenpitotyön suunnitelmasta. Kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on luoda asiakkaalle saumaton, joustava, yksilöllinen ja yksilöllisiin tarpeisiin suunniteltu hoito- tai palvelukokonaisuus. Siinä otetaan huomioon asiakkaan olemassa olevat voimavarat, hyvinvointi hänen ja hänen läheistensä näkökulmasta sekä terveyden edistäminen. Suunnitelma tarkistetaan ja muutetaan tarpeen mukaan, jos asiakkaan tarpeet tai voimavarat muuttuvat. (Hägg ym. 2007, 100–101.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää yksilölliset tavoitteet asiakkaan sairauksien hoidolle ja fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemiselle. Suunnitelmaan kirjataan myös keinot tavoitteiden toteuttamiseksi. Keinoja ovat esimerkiksi sairaanhoito, apuvälineet ja tukipalvelut asiakkaan selviytymiseksi kotona. Koska myös eri toimijoiden antama hoito ja palvelut kirjataan yhteiseen suunnitelmaan, mahdollistaa se palvelujen sujuvuuden asiakkaan näkökulmasta. (Heinola 2007, 26–27.)

Tavoitteena hoito- ja palvelusuunnitelmassa on edistää ja tukea asiakasläh- töistä ja kuntouttavaa hoitotyötä sekä ikäihmisten kotona asumista edistä- vää työtettä. Lisäksi suunnitelman avulla voidaan kehittää palvelujen ar- viointia paikallisesti ja kattavasti koko palvelujärjestelmässä. Jos asiak- kaan tarpeet tai voimavarat muuttuvat, suunnitelma tarkastetaan ja muute- taan yhteistyössä asiakkaan kanssa. (STM 2002a, 5, 35.) Vaikka potilaan tila ei muuttuisi, päivitetään suunnitelma vähintään puolen vuoden välein (Heinola 2007, 27).

4.2 Päivittäinen kirjaaminen

Päivittäisen hoitotyön seurantalehdelle merkitään hoitotoimiin ja iäkkään vointiin liittyvät huomiot sekä muutokset asiakkaan toimintakyvyssä. Fyysiseen toimintakykyyn liittyvissä kirjauksissa luonnehditaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja harjoitteiden tekemistä. Psyykkisen toimin- takyvyn kirjauksissa kuvataan asiakkaan psyykkistä tilaa ja sosiaalisiin ak- tiviteetteihin kirjataan esimerkiksi asiakkaan harrasteet, viriketoiminta, so- siaaliset kontaktit, ryhmätoiminta ja ulkoilu. Lisäksi kirjauksissa tulisi nä- kyä mahdolliseen lääkkeiden annosteluun liittyvät tekijät sekä lääkkeen vaikutuksen seurannan kirjaaminen. Ravitsemus- ja nesteytystilan seuranta sekä niissä mahdollisesti ilmenevät muutokset tulisi myös ottaa kirjaami- sessa huomioon. Asiakkaan mahdolliset kaatumiset, poikkeavat käyttäy- tymiset sekä lääkärin tai muun ammattiryhmän huomiot tulisi lisäksi nä- kyä kirjauksissa. Kirjauksissa tulee näkyä päätökset, jotka on tehty yhdes- sä asiakkaan kanssa sekä niiden perustelut. Lisäksi kaikki puhelinneuvot- telut, konsultaatiot ja omaisten kanssa käydyt keskustelut tulee kirjata ly- hyesti ilmaistuna. Jos asiakas kieltäytyy hoidosta tai tutkimuksista, tulee nekin kirjata. (Kan & Pohjola 2012, 56.)

Päivittäisessä kirjaamisessa tulee arvioida, miten asiakkaan kohdalla hoidotyön keinot ja tavoitteet ovat toteutuneet asiakkaan toiminnassa ja miten ne ovat vaikuttaneet. Hoitaja havainnoi asiakasta toimiessa ja ollessaan tämän kanssa ja tekee kirjaukset perustuen omiin havaintoihinsa. Havaittavia asioita voivat olla esimerkiksi iäkkään mielentila ja omatoimisuuden aste sekä toiveet, odotukset ja arviointi toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista. Lisäksi kirjaamisessa kuvataan myös vuorovaikutusta iäkkään kanssa eli merkittäviä asioita keskustelujen sisällöistä tai yhdessä tehdyistä päätöksistä sekä mitä tilanteissa tapahtui ja miten niissä toimittiin. Tärkeää on kirjata asiakkaan vahvuudet, voimavarat sekä keinot, jolloin niitä voidaan hyödyntää kuntoutumisessa. (Kan & Pohjola 2012, 56.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten Forssan kotihoidon Kotiin sairaalasta -tiimin kirjaamisessa näkyy kuntoutumisen tukemisen prosessi. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota kirjaamisen kehittämisessä voidaan hyödyntää.

Opinnäytetyö pyrkii vastaamaan kysymyksiin:

1. Miten asiakaspapereihin on kirjattu asiakkaan kuntoutumisen tarve ja tavoitteet?
2. Miten asiakaspapereihin on kirjattu kuntoutumisen suunnitellut toiminnot ja toteutus?
3. Miten asiakaspapereihin on kirjattu kuntoutumisen arviointi?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tutkimustavan valintaan vaikuttaa se, miten tutkittavasta ilmiöstä hankitaan uutta tietoa. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa lähestymistavassa korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaus. Oleellista on, että tutkittavaa tietoa ei pyritä yleistämään niin kuin kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa. Muun muassa Janhosen ja Nikkosen (2001) sekä Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003) mukaan kvalitatiivinen lähestymistapa voidaan valita silloin, jos aiempaa tutkittua tietoa aiheesta on hyvin vähän tai ilmiötä ei ole tutkittu aiemmin lainkaan. Valinnan perusteena voi olla myös ymmärtämisen näkökulma, jolloin tutkittavaa ilmiötä pyritään saamaan ymmärrettävään muotoon käsitteiden muodostuksen avulla. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 53, 65–66.)

Kvalitatiivisen tutkimustavan avulla voidaan tutkittavasta aiheesta saada ilmiötä aidosti kuvaavia tuloksia. Kvalitatiivista lähestymistapaa hyödyntäen pyritään kerätystä aineistosta löytämään joitain yleisiä yhtäläisyyksiä, luomaan alustavia ehdotuksia käsitteistä ja päätyään yhtenäiseen käsitteen määrittelyyn. (Janhonen & Nikkonen 2003, 8, 15.) Lähestymistapoja on useita, mutta tavoitteena on aina löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja sekä samankaltaisuuksia ja eroja. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.)

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Opinnäytetyöhön valittiin kvalitatiivinen menetelmä, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Ymmärryksen lisääntyä saatujen tulosten avulla voidaan kirjaamista kehittää eteenpäin. Lisäksi laadullisen lähestymistavan valintaan vaikutti se, että ilmiöstä ei ollut aikaisempaa tietoa. Tutkittua tietoa kuitenkin löytyi jonkin verran niin, että sitä haettiin osina liittyen siihen, mitä kuntoutumisen tukemisen prosessi pitää sisällään. Tässä opinnäytetyössä laadullisen aineiston keruumenetelmänä olivat Kotiin sairaalasta -tiimin dokumenttien tarkastelu. Koska aineistona olivat Kotiin sairaalasta -tiimin kirjat, ei tietoa voida myöskään yleistää. Tulokset kertovat siis vain kyseisen tiimin kirjauksista, jolloin ei voida olettaa, että jokaisen kotihoidon kirjauksista olisi löydettävissä samankaltaisia tuloksia.

Kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaista on, että samaa asiaa voidaan kuvata monin eri tavoin. Kuvauksen moninaisuuteen vaikuttavat tutkijoiden asettamat kysymykset ja asioiden tulkinta valitsemastaan näkökulmasta. Lisäksi tutkijat tulkitsevat asioita omalla ymmärryksellään. Tarkoituksena on kuitenkin pyrkiä tutkimaan aihetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 156–157.) Tyypillistä on, että tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä, jolloin tutkimusta toteutetaan joustavasti ja suunnitelmat voivat muuttua olosuhteiden mukaan. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2008, 159–160.)

6.1 Aineiston keruu

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto valitaan tarkoituksenmukaisesti eli tutkija valitsee tietoisesti osiot tutkimuksensa aineistoksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112.) Aineisto hankitaan käyttämällä laadullisia metodeja, joita ovat muun muassa teemahaastattelu, osallistuva havainnointi, ryhmähaastattelut ja erilaisten dokumenttien ja tekstien analyysit. (Hirsjärvi ym. 2008, 159–160.) Aineiston informaatio voi olla verballisessa tai kuvallisessa muodossa, ja niitä voivat olla esimerkiksi päiväkirjat, kirjeet, raportit tai laulujen sanat. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23.)

Aineisto kerätään joko itse tai on olemassa jo valmiita aineistoja. Valmiita aineistoja voivat olla esimerkiksi omaelämäkerrat, päiväkirjat, kirjeet, muistelmät ja viralliset dokumentit. Aineistoa kerätessä tulee ottaa huomioon, mikä on tai ketkä ovat tutkimuksen kohteena ja miten tutkimusmateriaali valitaan. Lisäksi tulee määritellä, miten paljon tutkittavaa materiaalia tarvitaan. (Hirsjärvi ym. 2008 172–173, 212.)

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin dokumenttien tarkasteluna. Pietilän (1973) mukaan dokumenttien sisällöstä voidaan tehdä havaintoja ja kerätä tietoja, joiden pohjalta sisältöä voidaan kuvata ja tehdä siitä päätelmiä. Dokumentti voidaan käsittää ilmiöksi, joka sisältää tietoja käsiteltävästä ilmiöstä sinänsä, mutta myös mahdollisista muista ilmiöistä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 22.) Opinnäytetyössä tarkasteltavia dokumentteja olivat Forssan kotihoidon Kotiin sairaalasta -tiimin päivittäisen kirjaamisen dokumentit sekä hoito- ja palvelusuunnitelmat. Asiakaspapereita valittiin tarkasteltavaksi kymmenen ja niitä tarkasteltiin siltä ajalta, kun asiakas oli kotihoidon piirissä.

Aineiston valintakriteereinä olivat Kotiin sairaalasta -tiimin asiakkuus sekä kotihoidon käyntien määrä. Kotiin sairaalasta -tiimi tukee asiakkaan kuntoutumista niin, että hän ei jäisi kotihoidon pitkäaikasiakkaaksi. Yleensä hoitosuhde kestää noin kahdesta viikosta kahteen kuukauteen. Käyntejä tuli asiakkaalla olla päivässä vähintään kaksi. Dokumentit saatiin tarkasteltavaksi tulosteina opinnäytetyön toimeksiantajalta.

6.2 Aineiston analysointi

Dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti sisällön analyysin tavoin (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3). Sisällönanalyysi on yksi laadullisen tutkimuksen perusprosesseista. Sen avulla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota sekä tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.) Sisällönanalyysin tavoitteena on rakentaa sellaisia malleja, joissa tutkittava ilmiö on esitetty tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Tarkoituksena on analysoida tietoa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin vastaten (Kylmä & Juvakka 2012, 113).

Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003) mukaan sisällönanalyysi voi olla induktiivista tai deduktiivista. Deduktiivisessa päättelyssä lähtökohtana ovat teoria ja teoreettiset käsitteet. Analyysi perustuu tällöin aikaisemman tiedon mukaan kehitettyyn analyysikehikkoon tai lomakkeeseen. Induktiivisessa päättelyssä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Päättelyä ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Induktiivista lähtökohtaa käytetään usein silloin, jos asiasta ei juuri tiedetä tai aikaisempi tieto on hajanaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Opinnäytetyössä päivittäiset kirjatukset analysoitiin sekä deduktiivista että induktiivista analyysia hyödyntäen. Catanzaron (1988), Milesin ja Hubermanin (1994) sekä Politin ja Hunglerin (1997) määritelmän mukaan deduktiivisessa lähestymistavassa aineiston luokittelu perustuu teoriaan, teoreettiseen viitekehykseen tai käsitejärjestelmään, jolloin analyysia ohjaa malli, teemat tai käsitekartta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen, 30.) Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen mukaan kuntoutumisen prosessi pitää sisällään viisi eri teemaa, joita ovat kuntoutumisen tarpeen arviointi, suunnitellut tavoitteet, suunnitellut toiminnot, toimintojen toteutus sekä kuntoutumisen arviointi. Tarkasteltaviin dokumentteihin tehtiin alleviivauksia näiden teemojen mukaisesti, jonka jälkeen alleviivatut asiat eli alkuperäisilmaukset poimittiin teemojen mukaisten otsikoiden alle analyysiyksikköinä.

Analyysiyksikkö valitaan jo valmisteluvaiheessa ennen varsinaisen analyysin aloittamista. Se voi olla joko yksittäinen sana, lause, lauseenosa tai kokonainen teema. Yksittäinen sana voi analyysiyksikkönä olla kuitenkin liian kapea ja tuottaa pirstaleisen kuvan ja vastaavasti laaja analyysiyksikkö voi käsittää useita lauseita monine merkityksineen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 168–169.) Ratkaisevaa analyysiyksikön valinnassa on aineiston laatu ja tutkimustehtävä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 26). Analyysiyksiköjä tässä opinnäytetyössä olivat kokonaiset lauseet ja lauseenosat, joita poimittiin aineistosta tutkimuskysymysten mukaisesti.

Kun teemojen alle oli kerätty alkuperäisilmaukset, analyysi eteni täysin induktiivisen eli aineistolähtöisen analyysin tavoin. Miles ja Huberman (1994) ovat kuvanneet induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheita karkeasti aineiston pelkistämiseksi, ryhmittelyksi ja abstrahoinniksi. Aineiston pelkistämisessä dokumentti pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistämisessä tieto voidaan joko tiivistää tai pilkkoa osiin. Kun tietoa pilkotaan osiin, pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineistosta voidaan koodata tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 91–92, 108–109). Ensimmäisessä analyysivaiheessa alkuperäisilmaukset siis pelkistettiin eli tiivistettiin muotoon, jossa analyysin etenemisen kannalta epäolennainen jätettiin pois.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin ja abstrahoitettiin. Hämäläisen (1987), Deyn (1993) ja Cavanaghin (1997) näkemyksen mukaan aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa alkuperäisilmaukset käydään läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia, joista muodostuvat omat käsitteet. Käsitteet, jotka tarkoittavat samaa asiaa ryhmitellään ja yhdiste-

tään luokaksi. Luokan sisältö nimetään sitä kuvaavalla käsitteellä. Luokkia muodostamalla yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin, jolloin aineisto tiivistyy. Ryhmitellyistä käsitteistä käytetään nimitystä alaluokka. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 110–112.)

Abstrahoinnissa eli teoreettisten käsitteiden luomisessa alaluokat voidaan ryhmitellä edelleen yläluokiksi ja yläluokat yhdistää pääluokiksi. Yläluokista ja pääluokista muodostuu yhdistävä luokka. Tarkoituksena on edetä alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Hämäläisen (1987) näkemyksen mukaan abstrahointi on prosessi, jossa tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 110–112.)

Pelkistämisen jälkeen aineistosta etsittiin yhdistäviä tekijöitä, jolloin esille nousi selkeästi saman aihepiirin alle yhdistettävissä olevia asioita. Samaan aiheeseen liittyvät asiat ryhmiteltiin eli poimittiin yhteen, jonka jälkeen asioille nimettiin niitä kuvaava alaluokka. (Liite 1.) Alaluokkia muodostettaessa havainnoitiin, että joidenkin alaluokkien alle pelkistyy muodostui enemmän kuin toisiin. Pelkistysten määrät laskettiin ja kirjattiin näkyväksi tuloksia auki kirjoitettaessa, jolloin saatiin kuvaa siitä, kuinka paljon kirjauksia on mihinkin aihealueeseen tehty.

Abstrahointivaiheessa alaluokat ryhmiteltiin jälleen yläluokiksi ja yläluokat edelleen pääluokiksi. (Liite 2.) Pääluokat muodostuivat yhdistävien luokkien alle, jotka määräytyivät jo analyysin alkuvaiheessa deduktiivisen analyysin mukaisesti. Alaluokkien ja yläluokkien nimeämisessä päädyttiin käyttämään apuna Finnish Care Classification -luokituskokonaisuutta (FinCC), koska poimituissa pelkistyksissä oli havaittavissa sisällöltään samanmukaisia teemoja. Luokituskokonaisuus muodostuu useista komponenteista, minkä vuoksi sekä alaluokkia että yläluokkia muodostui analyysirunkoon useita.

Hoito- ja palvelusuunnitelmat käytiin yleissilmäyksellä läpi ja niitä tarkasteltiin teoriaan peilaten. Teoriasta etsittiin asioita, joita hoito- ja palvelusuunnitelman tulisi sisältää. Tämän jälkeen Kotiin sairaalasta -tiimin suunnitelmia arvioitiin siitä näkökulmasta, näkyvätkö niissä teorian mukaiset sisällöt.

7 KUNTOUTUMISEN TUKEMISEN PROSESSIN NÄKYMINEN KIRJAUKSISSA

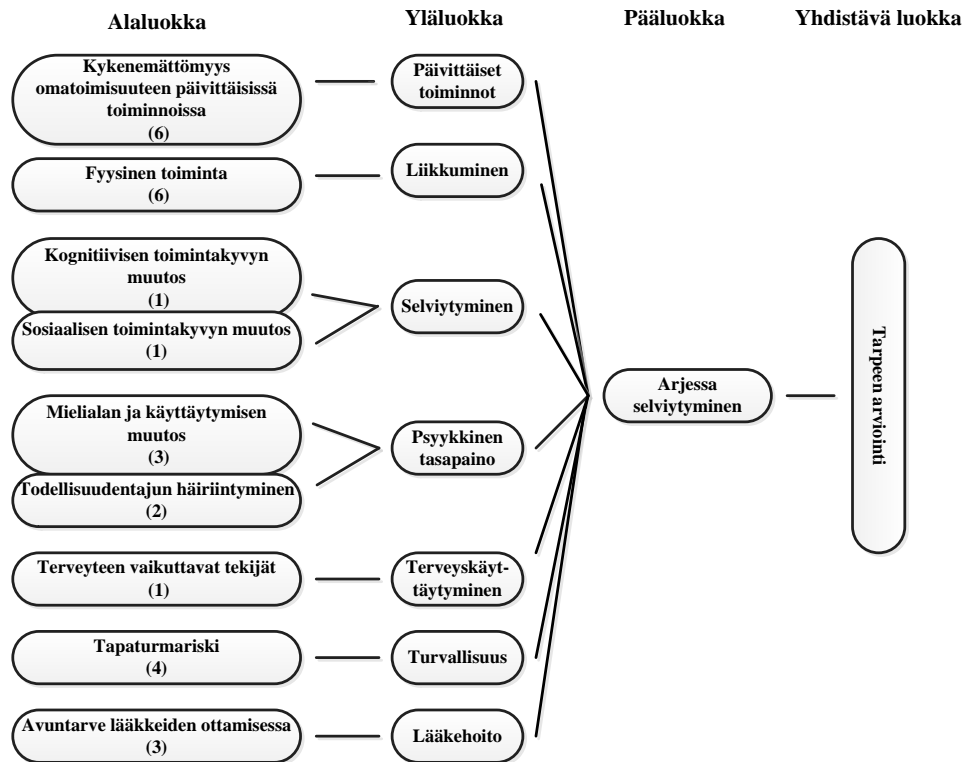
Tulokset kirjoitettiin auki yhdistävien luokkien ja pääluokkien avulla. Yhdistäviä luokkia ovat kuntoutumisprosessin mukaiset teemat, joita ovat kuntoutumisen tarpeen arviointi, suunnittelut tavoitteet, suunnitellut toiminnot, toimintojen toteutus sekä kuntoutumisen arviointi. Pääluokiksi jokaisen teeman alle muodostuivat ”arjessa selviytyminen” ja ”arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät”. Poikkeuksen muodostaa suunnitellut tavoitteet, johon liittyviä kirjauksia oli vain yksi. Näin ollen suunnitelluista tavoitteista ei voitu muodostaa ryhmittelyä.

7.1 Kuntoutumisen tarpeen arviointi

Kuntoutumisen tarpeen arvioinnin alle muodostuivat pääluokat arjessa selviytyminen ja arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät. Arjessa selviytyminen muodostuu seitsemästä yläluokasta ja arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät kahdeksasta yläluokasta.

7.1.1 Arjessa selviytyminen

Kuntoutumisen tarpeen arvioinnin alla arjessa selviytymiseen liittyviä kirjauksia oli yhteensä kaksikymmentäseitsemän (27). Yläluokkia ovat päivittäiset toiminnot, liikkuminen, selviytyminen, psyykkinen tasapaino, terveyskäyttäytyminen, turvallisuus ja lääkehoito. Alaluokkia on yhteensä yhdeksän. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Tarpeen arviointi – Arjessa selviytyminen

Yläluokka päivittävät toiminnot muodostui yhdestä alaluokasta, joka on kykenemättömyys omatoimisuuteen päivittäisissä toiminnoissa. Kirjauksia tähän liittyen oli yhteensä kuusi (6). Päivittäisissä toiminnoissa yleisin oli peseytymiseen liittyvä avuntarve.

”Apuja tarvitsee, pukemisessa, ruuan lämmityksessä, pesuavun 1x vko..”

”Suihkuapua tarvitsee..”

”xxx palannut sairaalasta ja nyt tarvisi enemmän apuja päivittäin.”

Yläluokka liikkuminen sisältää yhden alaluokan, joka on fyysinen toiminta. Fyysinen toiminta sisälsi arviointia liikkumisesta. Kirjauksia tähän liittyen oli yhteensä kuusi (6).

”...liikkuminen vielä kovin kankeaa lonkkaleikkauksen jäljiltä.”

”Liikkuminen hidasta ja vaikeanoloista.”

Yläluokka selviytyminen muodostui kahdesta alaluokasta, joita ovat kognitiivisen toimintakyvyn muutos ja sosiaalisen toimintakyvyn muutos. Kirjauksia näihin liittyen oli yhteensä kaksi (2). Kognitiivisen toimintakyvyn muutos sisälsi muistin heikentymisen ja muutoksen sopeutumiskyvyssä. Sosiaalisen toimintakyvyn muutos muodostui läheisyyden tarpeesta.

”Muisti heikentynyt sekä vuorokausirytmit ovat aivan sekaisin..”

”...tottunut ottamaan lääkkeit suoraan purkeista, joten uusi tapa tuntui olevan melko hämmäntävä hänelle..”

”Piristyi vähän jutellessa.”

Yläluokka psyykkinen tasapaino muodostui kahdesta alaluokasta, joita ovat mielialan ja käyttäytymisen muutos sekä todellisuudentajun häiriintyminen. Kirjauksia näihin liittyen oli yhteensä viisi (5). Aiheita kirjauksissa olivat masentuneisuus ja itsetuhoisuus, mielialan lasku sekä sekaavuus.

”Kertoi olevansa masentunut ja miettivänsä välillä itsemurhaa..”

”Todella sekava.”

Yläluokka terveyskäyttäytyminen muodostui yhdestä alaluokasta, joka on terveyteen vaikuttavat tekijät. Terveysteen vaikuttavia tekijöitä oli kirjattu yksi (1) ja se liittyi päihteiden käyttöön.

”Mielestäni tuoksahti hieman alkoholille.”

Yläluokka turvallisuus muodostui yhdestä alaluokasta, joka on tapaturmariski. Tapaturmariskit sisälsivät kaatumisriskin ja putoamisriskin. Kirjauksia näihin liittyen oli yhteensä neljä (4).

”Käveli hieman huterasti..”

”...kertoi pudonneensa vuoteesta.”

”Kertoi kaatuneensa jonkin aikaa sitten..”

Yläluokka lääkehoito muodostui yhdestä alaluokasta, joka on avun tarve lääkkeiden ottamisessa. Kirjauksia lääkehoitoon liittyen oli yhteensä kolme (3).

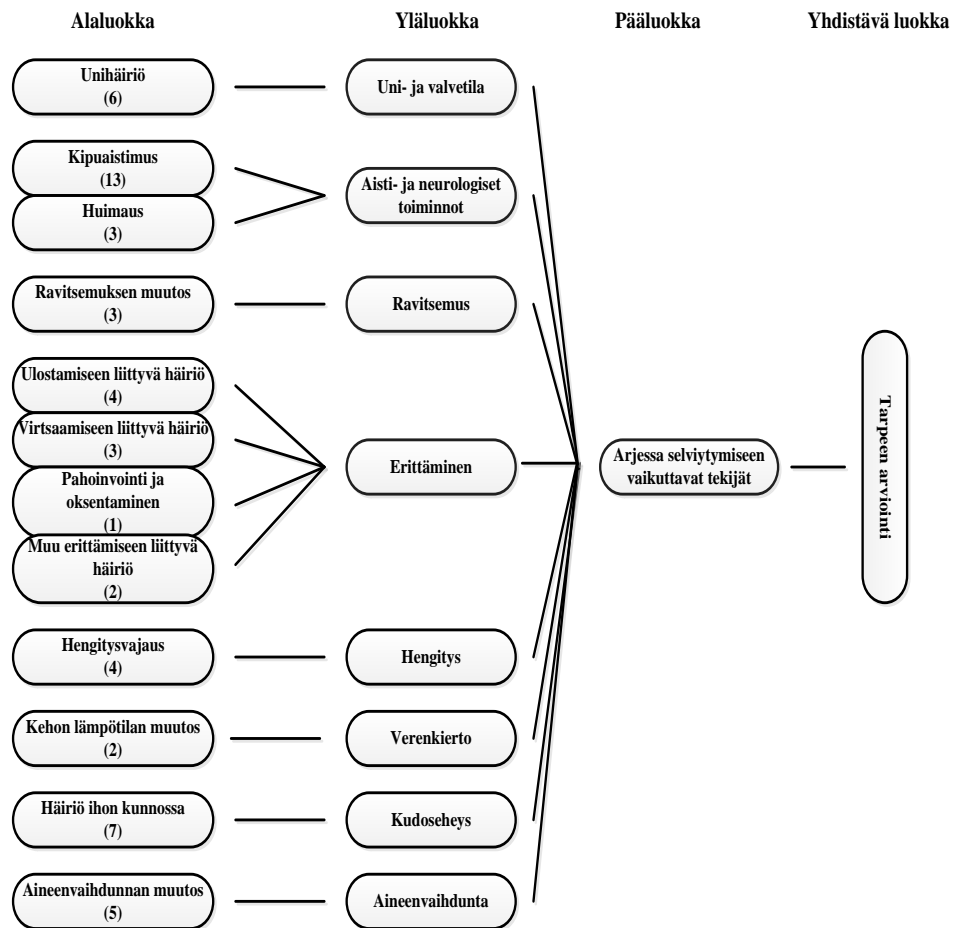
”Apua tarvitsee myös silmätippojen/korvasuihkeen kanssa/vagifem 2x vko..”

”...kh:avulle lähinnä Klexanen pistämisen kanssa..”

”...säännöllinen lääkkeiden otto ei toteudu.”

7.1.2 Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät

Kuntoutumisen tarpeen arvioinnin alla arjessa selviytymiseen liittyviä kirjauksia oli yhteensä viisikymmentäkolme (53). Yläluokkia ovat uni- ja valvetila, aisti- ja neurologiset toiminnot, ravitsemus, erittäminen, hengitys, verenkierto, kudoseheys ja aineenvaihdunta. Alaluokkia on yhteensä kaksitoista. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Tarpeen arviointi – Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät

Yläluokka uni- ja valvetila muodostui yhdestä alaluokasta, joka on unihäiriö. Unihäiriö koostui unen laadun ja määrän muutoksesta. Kirjauksia näihin liittyen oli yhteensä kuusi (6).

”...vuorokausirytmit ovat aivan sekaisin ja nukkuu milloin sattuu..”

”...kertoi olevansa kovin väsynyt..”

Yläluokka aisti- ja neurologiset toiminnot muodostui kahdesta alaluokasta, joita ovat kipuaistimus ja huimaus. Kirjauksissa oli eniten viittauksia liittyen kipuaistimukseen ja huimaukseen. Näitä oli yhteensä kuusitoista (16).

”...jalkaa särkee jonkin verran..”

”Huimausta kertoo olevan usein..”

”Valitti kovaa kipua selässä..”

Yläluokka ravitseminen muodostui yhdestä alaluokasta, joka on ravitsemuksen muutos. Ravitsemuksen muutos sisälsi ruokahaluttomuutta ja lisääntyneen ravinnon tarpeen. Näihin liittyviä kirjauksia oli yhteensä kolme (3).

”...syöminen vastenmielistä..”

"Silmin nähden laihtunut."

Yläluokka erittäminen muodostui neljästä alaluokasta, joita ovat ulostamiseen liittyvä häiriö, virtsaamiseen liittyvä häiriö, pahoinvointi ja oksentaminen sekä muu erittämiseen liittyvä häiriö. Näihin liittyviä kirjauksia oli yhteensä kymmenen (10).

"...kerto vatsan olleen hieman löysällä.."

"...sylki paksua vihreää räkää .."

"...virtsa tullut vähän niukemmin."

"...alkoi xxx oksentamaan."

Yläluokka hengitys muodostui yhdestä alaluokasta, joka on hengitysvajaus. Kirjaukset hengitysvajauksen alla liittyivät hengenahdistukseen sekä tukkoiseen hengitykseen ja yskään. Näihin liittyviä kirjauksia oli yhteensä neljä (4).

"Kovin ahdisti ja puhe vaivalloista."

"Hengitys rohisevaa ja kertoi olevan kova yskä."

"Rasituksessa hengitys raskasta ja vinkuvaa."

Yläluokka verenkierto muodostui yhdestä alaluokasta, joka on kehon lämpötilan muutos. Tähän liittyviä kirjauksia oli yhteensä kaksi (2).

"...ei kuumetta."

"Kovin oli viluisen oloinen."

Yläluokka kudoseheys muodostui yhdestä alaluokasta, joka on häiriö ihon kunnossa. Häiriö ihon kunnossa sisälsi kirjauksia liittyen ihon rikkoutumisen riskiin ja ihorikkoon. Kirjauksia oli yhteensä seitsemän (7).

"Kasvot hilseilevät.."

"Vas. pakarassa painehaavan alkua.."

"Vasempi jalka katteinen."

Yläluokka aineenvaihdunta muodostui yhdestä alaluokasta, joka on aineenvaihdunnan muutos. Aineenvaihdunnan muutos sisälsi kirjauksia liittyen verensokerin muutokseen ja turvotukseen. Kirjauksia oli yhteensä viisi (5).

"Vs:t olleet yli 30."

”Nilkat ja jalkapöydät enemmän nyt turvoksissa.”

7.2 Suunnitellut tavoitteet

Suunniteltuja tavoitteita oli kirjattuna vain yksi.

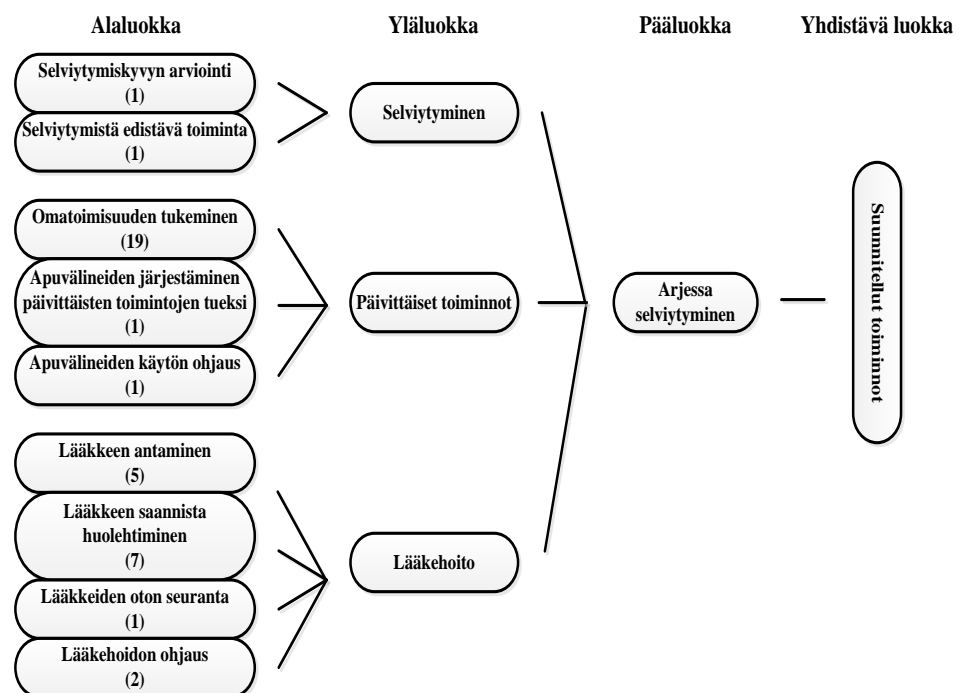
”...kun selviävät päivittäisistä toimista yhdessä vaimon kanssa, lopetetaan kotihoidon päivittäiset käynnit.”

7.3 Suunnitellut toiminnot

Suunniteltujen toimintojen alle muodostuivat pääluokat arjessa selviytyminen ja arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät. Pääluokka arjessa selviytyminen muodostui yhteensä kolmesta yläluokasta ja arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät yhteensä kahdeksasta yläluokasta.

7.3.1 Arjessa selviytyminen

Suunniteltujen toimintojen alla arjessa selviytymiseen liittyviä kirjauksia oli yhteensä kolmekymmentäkahdeksan (38). Yläluokkia ovat selviytyminen, päivittäiset toiminnot ja lääkehoito. Alaluokkia muodostui yhteensä yhdeksän. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Suunnitellut toiminnot – Arjessa selviytyminen

Yläluokka selviytyminen muodostui kahdesta alaluokasta, joita ovat selviytymiskyvyn arviointi ja selviytymistä edistävä toiminta. Näihin liittyviä kirjauksia oli yhteensä kaksi (2).

”Vointia seurataan.”

”Kannustetaan omatoimisuuteen..”

Yläluokka päivittäiset toiminnot muodostui kolmesta alaluokasta, joita ovat omatoimisuuden tukeminen, apuvälineiden järjestäminen päivittäisten toimintojen tueksi ja apuvälineiden käytön ohjaus. Näihin liittyviä kirjauksia oli yhteensä kaksikymmentäyksi (21).

”Aamulla avustetaan pukemisessa.”

”...muistutetaan hampaidenpesusta..”

”Kylvetys kotona kerran viikossa..”

”Viedään wc istuimen koroke kotiin.”

”...selvitin, että jos kaatuu, niin painaa turvapuhelinta..”

Yläluokka lääkehoito muodostui neljästä alaluokasta, joita ovat lääkkeen antaminen, lääkkeiden saannista huolehtiminen, lääkkeiden oton seuranta ja lääkehoidon ohjaus. Lääkehoitoon liittyviä kirjauksia oli yhteensä viisi-toista (15).

”...annetaan lääkkeet olohuoneen pöydältä.”

”Sovittu, että kh jakaa päivän lääkkeet purkkeihin pöydälle ja seuraa niiden oikea-aikaista ottoa/jakoa..”

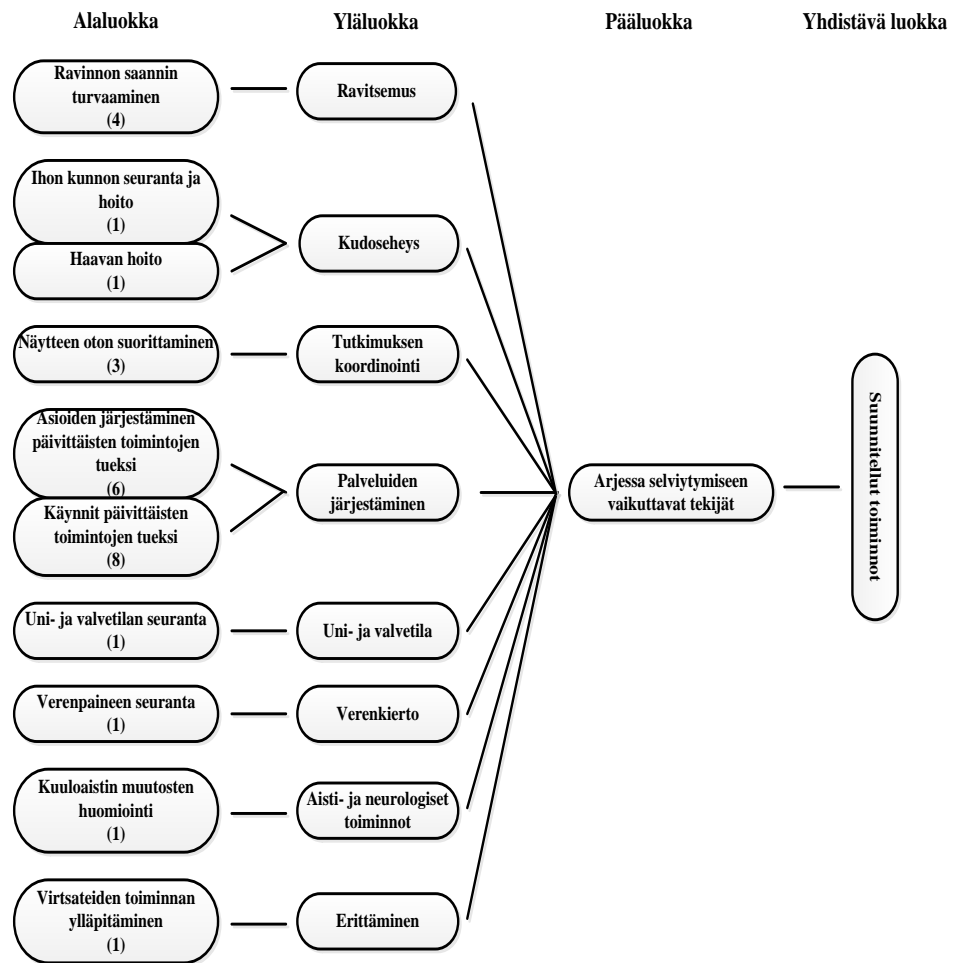
”Lääkkeet jaetaan kerran viikossa..”

”...nyt toiveena olisi lääkkeen oton sekä pistosten oikea-aikaisuuden seuranta..”

”...opetetaan xxx:lle pistäminen..”

7.3.2 Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät

Suunniteltujen toimintojen alla arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät sisälsi yhteensä kaksikymmentäseitsemän (27) kirjausta. Yläluokkia ovat ravitsemus, kudoseheys, tutkimuksen koordinointi, palveluiden järjestäminen, uni- ja valvetila, verenkierto, aisti- ja neurologiset toiminnot sekä erittäminen. Alaluokkia on yhteensä kymmenen. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Suunnitellut toiminnot – Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät

Yläluokka ravitseminen muodostui yhdestä alaluokasta, joka on ravinnon saannin turvaaminen. Kirjauksia tähän liittyen oli yhteensä neljä (4).

”Annetaan Nutridrink x1.”

”Myös syömisten säännöllisyyttä tulisi xxx:lle muistuttaa.”

”...katsoo aamulla ja illalla, että on saanut syötävää/auttaa valmistamisessa..”

Yläluokka kudoseheys muodostui kahdesta alaluokasta. Alaluokkia ovat ihon kunnon seuranta ja hoito sekä haavan hoito. Näihin liittyviä kirjauksia oli yhteensä kaksi (2).

”...rasvataan jalat..”

”...tullaan meiltä sitten hoitamaan haavat..”

Yläluokka tutkimuksen koordinointi muodostui alaluokasta näytteen oton suorittaminen. Kirjaukset näytteen oton suorittamiseen liittyivät veriko-keiden ottoon. Kirjauksia oli yhteensä kolme (3).

”INR-näytteiden oton ja seuranta meillä.”

”Labrakokeet otetaan kotona.”

Yläluokka palveluiden järjestäminen muodostui kahdesta alaluokasta, joita ovat asioiden järjestäminen päivittäisten toimintojen tueksi ja käynnit päivittäisten toimintojen tueksi. Näihin liittyviä kirjauksia oli yhteensä neljätoista (14).

”...hoidetaan apteekkikäynnit ja reseptien uusimiset.”

”Kotihoidon käynnit sovittu alustavasti aamuin ja illoin 7x viikossa..”

”Omaiset hoitavat kauppa-asiat.”

Yläluokka uni- ja valvetila muodostui alaluokasta uni- tai valvetilan seuranta, johon viittauksia kirjauksissa oli yksi (1).

”...nyt toiveena.. ylläpitää oikeaa vuorokausirytmiä.”

Yläluokka verenkierto muodostui alaluokasta verenpaineen seuranta, johon viittauksia kirjauksissa oli yksi (1).

”RR seuranta 2x kk..”

Yläluokka aisti- ja neurologiset toiminnot muodostui alaluokasta kuuloaistin muutosten huomiointi. Viittauksia tähän oli kirjauksissa yksi (1).

”...sovittu korvahuuhtelu seur. käynnin yhteydessä.”

Yläluokka erittäminen muodostui alaluokasta virtsateiden toiminnan ylläpitäminen. Kirjauksia tähän oli yksi (1).

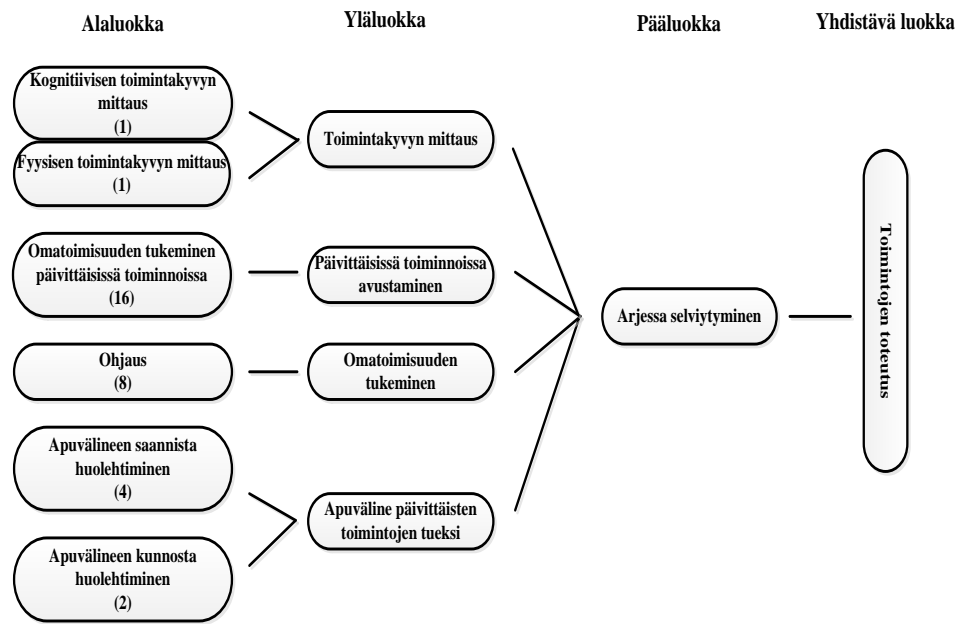
”...virtsaletkun huuhtelu.”

7.4 Toimintojen toteutus

Toimintojen toteutuksen alle muodostuivat pääluokat arjessa selviytyminen ja arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät. Arjessa selviytyminen muodostui yhteensä neljästä yläluokasta ja arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät seitsemästä yläluokasta.

7.4.1 Arjessa selviytyminen

Toimintojen toteutuksen alla arjessa selviytymiseen liittyviä kirjauksia oli yhteensä kolmekymmentäkaksi (32). Yläluokkia ovat toimintakyvyn mittaust, päivittäisissä toiminnoissa avustaminen, omatoimisuuden tukeminen ja apuväline päivittäisten toimintojen tueksi. Alaluokkia on yhteensä kuusi. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Toimintojen toteutus – Arjessa selviytyminen

Yläluokka toimintakyvyn mittaaminen muodostui kahdesta alaluokasta, joita ovat kognitiivisen toimintakyvyn mittaaminen sekä fyysisen toimintakyvyn mittaaminen. Kirjaukset käsittelivät MMSE -testin ja RaVa -testin tekoja. Kirjauksia näihin liittyen oli yhteensä kaksi (2).

”Tehty MMSE..”

”Tehty RaVa..”

Yläluokka päivittäisissä toiminnoissa avustaminen muodostui alaluokasta omatoimisuuden tukeminen päivittäisissä toiminnoissa. Kirjaukset käsittelivät lähinnä pukemis- ja pesuapuja. Kirjauksia päivittäisissä toiminnoissa avustamiseen oli yhteensä kuusitoista (16).

”...sukat puettu..”

”Rinnan aluset pesty..”

Yläluokka omatoimisuuden tukeminen muodostui alaluokasta ohjaus. Ohjaukset käsittelivät esimerkiksi lääkkeiden ottoa ja liikkumisen ohjausta. Ohjaukseen liittyviä kirjauksia oli yhteensä kahdeksan (8).

”Ohjattu tuolilta nousemista..”

”Astmalääkkeiden tärkeydestä ja otosta keskusteltu, sekä harjoiteltu niiden ottamista.”

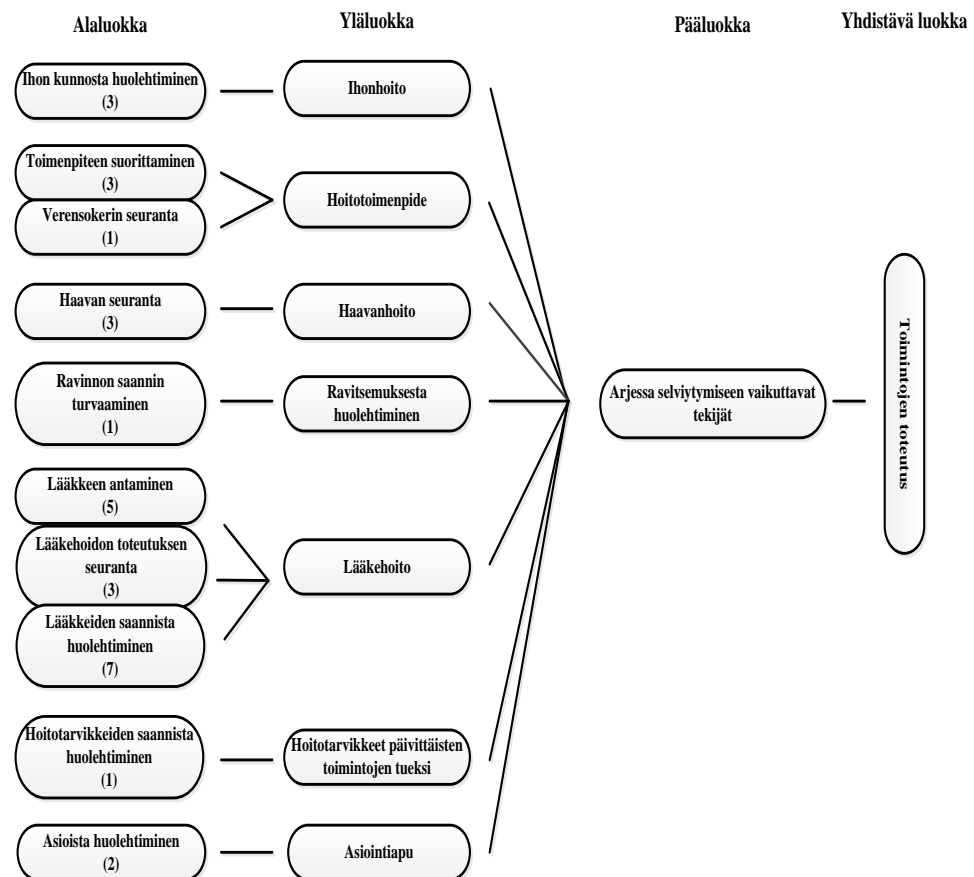
Yläluokka apuväline päivittäisten toimintojen tueksi muodostui kahdesta alaluokasta, joita ovat apuvälineen saannista huolehtiminen ja apuvälineen kunnosta huolehtiminen. Näihin liittyviä kirjauksia oli yhteensä kuusi (6).

”Apuvälinelainaamosta haettu rollaattori, wc-koroke, wc-istuin ja sängyn-jalkoihin korokkeet.”

”Viety rollaattori huoltoon.”

7.4.2 Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät

Toimintojen toteutuksen alla arjessa selviytymiseen vaikuttaviin tekijöihin liittyviä kirjauksia oli yhteensä kaksikymmentäyhdeksän (29). Yläluokkia ovat ihon hoito, hoitotoimenpide, haavan hoito, ravitsemuksesta huolehtiminen, lääkehoito, asiointiapu ja hoito-tarvikkeet päivittäisten toimintojen tueksi. Alaluokkia on yhteensä kymmenen. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Toimintojen toteutus – Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät

Yläluokka ihon hoito muodostui alaluokasta ihon kunnosta huolehtiminen. Teksteissä viittauksia tähän oli lähinnä jalkojen rasvaukseen liittyvään ihonhoitoon. Kirjauksia oli yhteensä kolme (3).

”...jalat rasvattu..”

Yläluokka hoitotoimenpide muodostui kahdesta alaluokasta, joita ovat toimenpiteen suorittaminen ja verensokerin seuranta. Toimenpiteen suorittamiseen liittyviä kirjauksia oli tikkien poistoon ja virtsanäytteen ottoon liittyen. Kirjauksia oli yhteensä neljä (4).

”...verensokerin mitannut.”

Yläluokka haavan hoito muodostui alaluokasta haavan seuranta. Haavan seurantaan liittyen kirjauksia oli haavan hoitoa koskien. Kirjauksia oli yhteensä kolme (3).

”Tarkistettu haava..”

”Jalkoihin vaihdettu imevät sidokset ja ideaalisiteet laitettu polviin saakka.”

Yläluokka ravitsemuksesta huolehtiminen muodostui alaluokasta ravinnon saannin turvaaminen. Viittauksia tähän oli yksi (1).

”Annettu nutridrink-juoma.”

Yläluokka lääkehoito muodostui kolmesta alaluokasta, joita ovat lääkkeen antaminen, lääkehoidon toteutuksen seuranta ja lääkkeiden saannista huolehtiminen. Lääkehoitoon kuuluvia kirjauksia oli liittyen pistämiseen ja lääkkeiden antamiseen ja jakamiseen. Kirjauksia oli yhteensä viisitoista (15).

”Klexane pistetty.”

”Lääkkeet jaettu viikoksi.”

”...pisti itse insuliinin.”

Yläluokka hoitotarvikkeet päivittäisten toimintojen tueksi muodostui alaluokasta hoitotarvikkeiden saannista huolehtiminen. Tähän viittauksia oli yksi (1).

”Luvattu tilata meiltä lisää vaippoja..”

Asiointiapu muodostui alaluokasta asioista huolehtiminen. Asioista huolehtimiseen liittyvät kirjaukset olivat apteekkiasioita koskevia. Kirjauksia oli yhteensä kaksi (2).

”Viety apteekkiostot..”

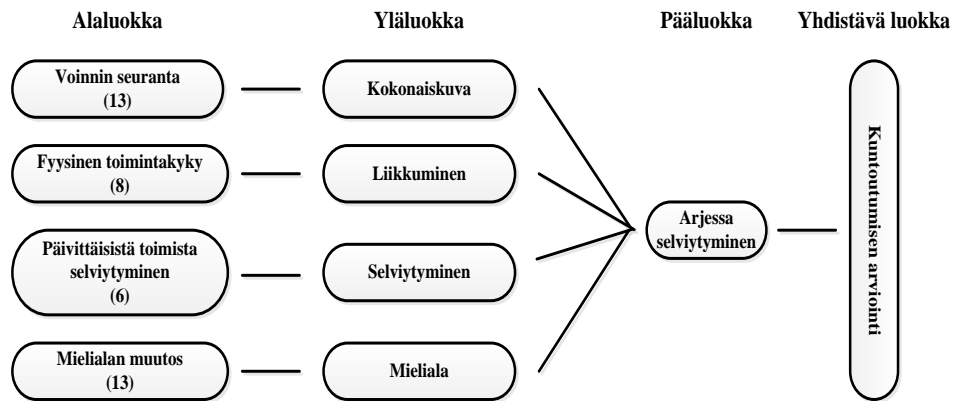
”Luvattu viedä resepti uusittavaksi.”

7.5 Kuntoutumisen arviointi

Kuntoutumisen arvioinnin alle muodostuivat pääluokat arjessa selviytyminen ja arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät. Arjessa selviytyminen muodostui yhteensä neljästä yläluokasta ja arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät yhteensä kolmesta yläluokasta.

7.5.1 Arjessa selviytyminen

Kuntoutumisen arvioinnin alla arjessa selviytymisen liittyviä kirjauksia oli yhteensä neljäkymmentä (40). Arjessa selviytymisen yläluokkia ovat kokonaiskuva, liikkuminen, selviytyminen ja mieliala. Alaluokkia on yhteensä neljä. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Kuntoutumisen arviointi – Arjessa selviytyminen

Yläluokka kokonaiskuva muodostui alaluokasta voinnin seuranta. Voinnin seurantaan liittyen oli yhteensä kolmetoista (13) kirjausta.

”...vointi entisenlainen.”

”Vointinsa koki ihan hyväksi.”

Yläluokka liikkuminen muodostui alaluokasta fyysinen toimintakyky. Fyysiseen toimintakykyyn liittyvät kirjatukset käsittelivät lähinnä siirtymisiä. Liikkumiseen liittyviä kirjauksia oli yhteensä kahdeksan (8).

”...liikkuminen sujuu hyvin rollaattorin turvin..”

”Siirtymiset sujuivat ongelmitta..”

Yläluokka selviytyminen muodostui alaluokasta päivittäisistä toimista selviytyminen. Selviytymiseen liittyviä kirjauksia oli yhteensä kuusi (6).

”Kotona heillä sujuu kaikki hyvin..”

”Melko hyvin tuntuu pärjäävän pukemisessa yms. toimissa.”

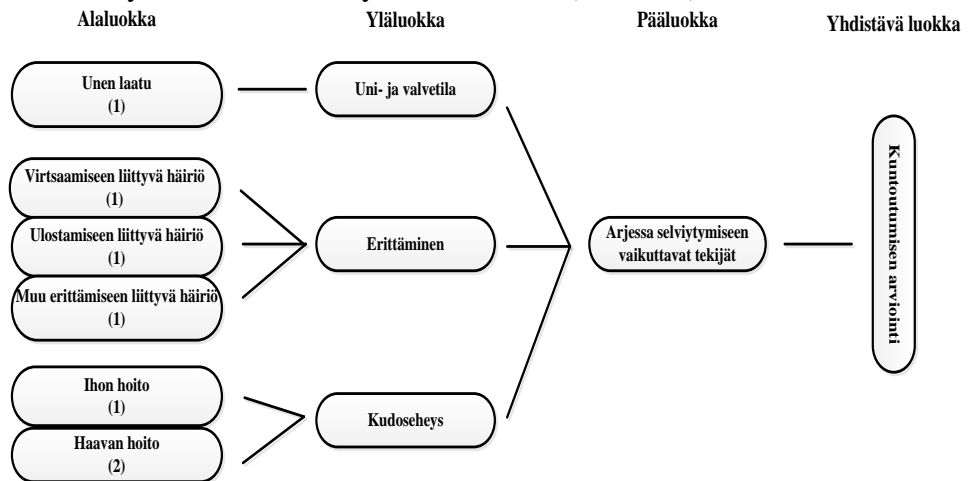
Yläluokka mieliala muodostui alaluokasta mielialan muutos. Mielialaa oli kuvattu useassa kirjauksessa. Kirjauksia oli yhteensä kolmetoista (13).

”...selkeästi pirteämpi kuin viimeksi nähdessä.”

”Hyvin huumorintajuisella tuulella ja tyytyväinen..”

7.5.2 Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät

Kuntoutumisen arvioinnin alla arjessa selviytymiseen liittyviä kirjauksia oli yhteensä seitsemän (7). Yläluokkia ovat uni- ja valvetila, erittäminen ja kudoseheys. Alaluokkia on yhteensä kuusi. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Kuntoutumisen arviointi – Arjessa selviytymiseen vaikuttavat tekijät

Yläluokka uni- ja valvetila muodostui alaluokasta unen laatu. Viittauksia kirjauksissa tähän oli yksi (1).

”Hyvin oli nukkunut yönsä.”

Yläluokka erittäminen muodostui kolmesta alaluokasta, joita ovat virtsaamiseen liittyvä häiriö, ulostamiseen liittyvä häiriö ja muu erittämiseen liittyvä häiriö. Kirjauksia näihin liittyen oli yhteensä kolme (3).

”Vatsa toiminut runsaasti.”

”..runsaasti virtsaa.”

”Oksentaminen loppunut..”

Yläluokka kudoseheys muodostui kahdesta alaluokasta, joita ovat ihon hoito ja haavan hoito. Näihin liittyviä kirjauksia oli yhteensä kolme (3).

”..jalan rikkeymä melkein kiinni..”

”..jalassa enää pieni siisti haava..”

”Iho siisti..”

7.6 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelma etenee hoitotyön prosessin mukaisesti. Se koostuu hoidon tarpeen määrittelystä, hoidon suunnittelusta, hoidon toteuttamisesta ja hoidon arvioinnista. Suunnitelmaan kirjataan ikääntyneen toimintakyky ja voimavarat sekä asetetaan mahdollisimman selkeät ja

konkreettiset hoitotavoitteet. Lisäksi määritellään hoito ja palvelu, tarvittavat toimenpiteet sekä arvioinnin ajankohdat ja mittarit. (Kan & Pohjola 2012, 47.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmista kävi ilmi, että elämisen toiminnot ja ongelmat eli hoitotyön tarve oli kirjattu valmiina otsikkoina. Valmiita otsikoita olivat esimerkiksi ”Lääkehoito”, ”Hygienia” ja ”Kotisairaanhoidolliset”. Hoitotyön tarvetta ei siis ollut kirjattu asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti eikä asiakasta ollut huomioitu kokonaisuutena.

Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää yksilölliset tavoitteet asiakkaan sairauksien hoidolle ja fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemiselle (Heinola 2007, 26). Kotiin sairaalasta -tiimin hoito- ja palvelusuunnitelmissa tavoitteet olivat jokaisen asiakkaan kohdalla asetettu, mutta niitä ei ollut kirjattu tavoitteiden rakenteelliseen muotoon eivätkä ne olleet yksilöllisiä. Tavoitteissa oli lähes aina käytetty muotoa ”huolehditaan”.

”Huolehditaan asiakkaan ravinnosta, lääkehoidon turvaaminen”

”Huolehditaan asiakkaan hygieniasta”

”Huolehtia kodin siisteydestä”

Suunnitelmaan kirjataan myös keinot tavoitteiden toteuttamiseksi. Keinoja ovat esimerkiksi sairaanhoito, apuvälineet ja tukipalvelut asiakkaan selviytymiseksi kotona. (Heinola 2007, 27.) Kotiin sairaalasta -tiimin hoito- ja palvelusuunnitelmissa keinot eli suunnitellut toiminnot kuvasivat kuinka asiakkaan itsenäistä selviytymistä voidaan tukea eri osa-alueilla. Lisäksi suunnitelmiin oli kirjattu asiakkaan käytössä olevat apuvälineet.

”Puuro keitetään ellei xxx ole keittänyt..”

”Jalat rasvataan iltaisin.”

”Lääkkeidenjako 1 x vk.”

”Kannustetaan omatoimisuuteen.”

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulisi näkyä iäkkään omaisten, läheisten tai ystävien mahdollisuus auttaa iäkästä arjessa selviytymisessä (Kan & Pohjola 2012, 47). Kotiin sairaalasta -tiimin hoito- ja palvelusuunnitelmissa tämä oli kirjattu näkyväksi.

”Ystävä xxx hoitaa apteekki asioinnin ja reseptien uusimisen sekä lääkkeiden jakamisen dosettiin...”

”Tytär huolehtii apteekki ja kauppa-asiat.”

8 POHDINTA

Tässä luvussa on arvioitu opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi on esitetty tutkijoiden omia lähtökohtia ja erillisiä suosituksia. Näkökulmia luotettavuuden arviointiin on useita, jotka kaikki eivät sovellu jokaiseen tutkimukseen. Tutkijan on siis itse valittava omaan tutkimukseensa sopivat luotettavuuden arvioinnin kriteerit. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 197.) Luotettavuutta tarkasteltiin uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden näkökulmasta. Eettisyyden pohdinnassa on otettu huomioon asiakkaan anonymiteetin säilyminen, opinnäytetyön haavoittavuus sekä tutkimusraportin laadintaan ja opinnäytetyön tekijöihin liittyvät eettiset kysymykset. Lisäksi luvussa tarkastellaan tuloksia verraten niitä aiempiin tutkimustuloksiin ja esitetään jatkotutkimusehdotukset.

8.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan pitää uskottavuutta, vahvistettavuutta, reflektiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2012, 128.) Uskottavuutta arvioitaessa tärkeää on tarkoituksenmukaisimman tiedonkeruumenetelmän valinta ja tiedon määrä. Tiedonmäärän tulisi vastata uskottavalla tavalla tutkijan asettamaan tutkimuskysymykseen riippumatta ilmiön monimutkaisuudesta tai tiedon laadusta. (Graneheim & Lundman 2004, 110.)

Opinnäytetyössä tiedonmääräksi valittiin kymmenen (10) kotihoitoon asiakkaan kirjaukset. Tämän koettiin olevan riittävä määrä tutkimuksen tulosten kannalta. Tulokset todennäköisimmin eivät olisi oleellisesti muuttaneet, vaikka dokumentteja olisi ollut tarkasteltavana enemmän. Luotettavuutta lisää se, että aineistolle asetettiin valintakriteerit. Valintakriteereinä olivat Kotiin sairaalasta -tiimin asiakkuus sekä kotihoitoon käyntien määrä. Käyntejä tuli asiakkaalla olla päivässä vähintään kaksi. Luotettavuuteen saattoi heikentävästi vaikuttaa se, etteivät tekijät itse tehneet valintaprosessia vaan dokumentit saatiin tarkasteltavaksi tulosteina opinnäytetyön toimeksiantajalta.

Tutkimuksen uskottavuus edellyttää tulosten kuvaamista selkeästi niin, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Analyysivaiheessa uskottavuuden saavuttamisessa tärkeää on sopivien pelkistysten tekeminen. Pelkistys ei saa olla liian laaja esimerkiksi sisältää useita lauseita, koska niitä on hankala käsitellä sen vuoksi, että ne voivat sisältää monia merkityksiä. Toisaalta liian kapeiksi pelkistetyt lauseet saattavat hukata merkityksensä. Molemmissa tapauksissa on riski menettää tekstin merkitys ryhmittelyn ja abstrahoinnin aikana. (Graneheim & Lundman 2004, 110.)

Opinnäytetyössä kirjaukset käytiin läpi moneen kertaan ja vasta yhteisen pohdinnan jälkeen tekijät päätyivät siihen, jokin kirjaus on epäoleellinen tutkimustulosten kannalta. Tekijät ovat pyrkineet myös siihen, että mitään oleellista tietoa ei olisi poistettu tutkimuksesta. Opinnäytetyössä analyysiyksiköitä olivat lauseet ja lauseenosat. Tällä pyrittiin siihen, ettei lauseisiin jäisi monia eri merkityksiä. Osa pelkistyksistä oli hyvin suppeita, mutta niiden merkitys jäi kuitenkin yksiselitteiseksi. Pelkistysvaiheessa on otettu huomioon molempien tekijöiden mielipide, jonka koetaan lisäävän opinnäytetyön luotettavuutta.

Uskottavuuteen vaikuttaa se, miten hyvin tutkijat ovat tehneet ryhmittelyn ja abstrahoinnin ja kuinka hyvin luokat kattavat aineiston (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Tutkijoiden tulee tarkastella, mitä tietoa heidän muodostamansa kategoriat ja teemat sisältävät. Merkityksellistä on se ovatko tutkijat poistaneet tutkimustulosten kannalta oleellista tietoa tahattomasti vai tarkoituksenmukaisesti tai onko mukana epäoleellista tietoa. Huomioon on otettava myös se, millä tavoin pelkistyksistä samankaltaisuudet ja eroavaisuudet yhdistetään kategorioiksi. (Graneheim & Lundman 2004, 110.)

Opinnäytetyön uskottavuutta lisää se, että aineistoa käytiin läpi useita kertoja. Aineistoon otettiin ajoittain etäisyyttä, jolloin päätökset luokkien nimeämisestä ja pelkistysten ryhmittelystä eivät olleet hetken mielijohteesta tehtyjä. Luokkien muodostamisessa apuna käytettiin Finnish Care Classification -luokituskokonaisuutta, jolloin ala- ja yläluokissa käytetyt käsitteet perustuvat yleisesti hyväksyttyihin hoitotyön käsitteisiin.

Malterud (2001) kuvaa, että laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus saattaa olla ongelmallinen kriteeri, koska toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulkintaan, vaikka hänellä olisi sama aineisto käytössään. Laadullisessa tutkimuksessa hyväksytään se, että todellisuuksia on monia. Luotettavuusongelmaksi ei välttämättä lueta sitä, että on olemassa erilaisia tulkintoja samasta aineistosta, koska koetaan, että erilaiset tulkinnot lisäävät ymmärrystä tutkittavana olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Tässä opinnäytetyössä tekijät ovat valinneet yhden lähestymistavan tutkiessaan aineistoaan. Tekijät ovat tiedostaneet sen, että samasta aineistosta voisi kuitenkin saada erilaisia tutkimustuloksia, jos tutkittavaa kohdetta lähestyisi eritavalla. Suositeltavaa olisi, että samaa aineistoa tutkisi myös eri tekijät, jolloin tuloksiin saataisiin eri näkökulmia lisää. Näin ollen työn luotettavuus myös lisääntyisi.

Mays ja Pope (2000), Malterud (2001) ja Horsburgh (2003) kuvaavat, että reflektiivisyydessä tärkeää on se, että tutkimuksen tekijöiden tulee olla tietoisia omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijöinä. Tekijöiden tulee arvioida sitä, kuinka he vaikuttavat aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Tekijät ovat olleet tietoisia siitä, että heidän omat tulkinnot ja ajatustapansa ovat vaikuttaneet osaltaan tutkimustuloksiin. Kuitenkin opinnäytetyössä on pyritty siihen, että kaikki tulokset ovat olleet perusteltuja, ja ne on saatu loogisesti edenneen analyysiprosessin tuloksena. Kirjauksia pyrittiin tulkitsemaan neutraalisti ja päätökset perustuivat teorial tietoon.

Lincoln & Cuba (1985) tarkoittavat siirrettävyydellä sitä, että tutkimuksen tulokset voi siirtää muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Opinnäytetyön tulokset kuvaavat kirjaamista vain Kotiin sairaalasta -tiimin yksikössä, joten tulokset eivät ole suoranaisesti siirrettävissä. Muissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittavissa samansuuntaisia tuloksia, mikä lisää tulosten luotettavuutta.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Myös aineiston toteuttamisolosuhteet tulee ottaa huomioon. (Hirsjärvi ym. 2008, 227–228). Opinnäytetyön tekijät ovat pyrkineet kuvaamaan ja perustelemaan mahdollisimman tarkasti opinnäytetyön kaikki vaiheet. Luotettavuutta on lisännyt se, että dokumenttien valinnoille on asetettu kriteerit ja analysointi on tehty sisällön analyysillä. Dokumenttien tarkasteluun käytettiin riittävästi aikaa ja tarkastelu suoritettiin häiriöttömässä ympäristössä. Luotettavuutta lisää lisäksi se, että lähteitä on käytetty harkiten ja teoreettisessa viitekehyksessä on käytetty hyväksi aiempia tutkimustuloksia.

8.2 Eettisyys

Anonymiteetin säilyminen on yksi keskeinen huomioitava asia tutkimusta tehdessä. Tutkimustietoja ei tule luovuttaa kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Kun tutkimuksessa hyödynnetään potilasdokumenteja, hoitotyön asiakaskirjoja tai rekistereitä tulee huomioida se, etteivät asiakkaat ja potilaat ole tienneet hoitosuhteensa aikana, että heidän tietonsa tulevat myöhemmin tutkimuskohteeksi. Tällöin tutkimusluvan myöntäjälle jää arviointi tietojen luovuttamisesta. Ennen kuin aineisto luovutetaan tutkijoille, tulisi kaikki henkilöiden indentifiointitiedot poistaa dokumenteista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 220–221.) Tarvittavat dokumentit tarkastelua varten saatiin tulosteina opinnäytetyön toimeksiantajalta. Tarkoituksena oli saada dokumentit nimettöminä, mutta kirjauksia tarkasteltaessa teksteistä kävi ilmi joidenkin asiakkaiden nimiä. Tästä huolimatta kirjausten suorista lainauksista tai muista teksteistä ei pystytäkään henkilöitä tunnistamaan, jolloin heidän anonymiteettinsä säilyy. Kaikkia asiakaspapereita varjeltiin opinnäytetyötä tehdessä sivullisilta ja opinnäytetyön päätyttyä ne hävitettiin asianmukaisesti.

Yhdeksi eettiseksi ohjeeksi on asetettu se, että tutkijan tulisi minimoida kaikki mahdolliset haitat ja edistää kaikkien tutkittavien, myös haavoittuvien ryhmien, hyvää. Haavoittuvia ryhmät eivät yleensä itse kykene päättämään suostumuksestaan osallistua tutkimukseen tai eivät ole lain mukaan kykeneväisiä tekemään päätöstä yksin. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi dementikot, mieenterveysongelmaiset, laitoshoidossa olevat, raskaina olevat ja lapset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 213, 222.) Koska opinnäytetyö ei käsittele arkaluontoisia asioita, ei sen toteuttaminen haavoittanut tai loukannut ketään. Lisäksi opinnäytetyö lisää ymmärtämistä tutkittavasta ilmiöstä, jolloin tuloksista saatua tietoa voidaan hyödyntää kirjaamisen kehittämisessä.

Eettisiä kysymyksiä liittyy myös tutkimusraportin laatimiseen. Näitä ovat esimerkiksi plagiointi, tulosten sepittäminen ja puutteellinen raportointi. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön kirjoittaman tekstin suoraa lainaamista tai omien tulosten toistamista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224.) Opinnäytetyön raporttia kirjoitettaessa tekijät muokkasivat toisen henkilön kirjoittamaa tekstiä omin sanoin ja asiasisältöihin viitattiin selkeillä lähdeviitemerkinnöillä. Tällöin toisen henkilön tekijänoikeuksia ei rikottu.

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007) mukaan tulosten sepittäminen tarkoittaa sitä, että saadut tulokset ovat tekaistuja. Tällöin aineiston tuloksilla ei esimerkiksi ole perusteita tai tuloksia on kaunisteltu ja muuteltu oman mielen mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.) Tekijät ovat pyrkineet opinnäytetyössään kuvaamaan sen eri vaiheet mahdollisimman tarkasti. Tulokset on esitetty puhtaina tuloksina, jonka jälkeen niitä on vasta pohdintaluvussa arvioitu ja tulkittu.

Pietarisen (2002) mukaan tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta. Alaan on myös paneuduttava tunnollisesti, jotta tutkijan hankkima ja välittämä tieto olisi niin luotettavaa kuin mahdollista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.) Opinnäytetyön tekijät olivat aidosti kiinnostuneita aiheestaan ja halusivat hankkia lisää tietoa tutkittavaan aiheeseen. Kirjallisuuteen perehdyttiin ja lähteiksi etsittiin mahdollisimman uusia ja alkuperäisiä lähteitä. Lisäksi käytettiin hyväksi aikaisempaa tutkittua tietoa sekä vieraskielisiä lähteitä.

Pietarinen (2003) on määritellyt myös ammatinharjoittamisen edistämisen sekä kollegiaalisen arvostuksen omiksi eettisiksi vaatimuksikseen. Ammatinharjoituksen edistämiseksi tutkijan tulee toimia tavalla, joka edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia. Kollegiaalisen arvostuksen mukaan tutkijat suhtautuvat toisiinsa arvostavasti, eivät vähättelevästi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.) Opinnäytetyön aiheen rajaukseen liittyen tehtiin yhteistyötä opinnäytetyön tilaajan kanssa. Tilajan mielipidettä ja toiveita kunnioitettiin. Yhteistyötä tehtiin myös ohjaavan opettajan kanssa, jonka mielipidettä ja ammattitaitoa kunnioitettiin. Opinnäytetyö toteutettiin molemmille tekijöille sopivassa aikataulussa ja tekijät ymmärtävät uuden tiedon merkityksen hoitotyön kehittämiseksi. Opinnäytetyön tekeminen kehitti tekijöiden pitkäjänteisyyttä ja joustavuutta. Tekemisen myötä luottamus toisen osaamiseen kasvoi ja tekijät kykenivät kohtelemaan toisiansa kunnioittavasti ja tasa-arvoisesti.

8.3 Tulosten tarkastelu

Hoidon tarpeen määrittelyssä tulee asiakas ottaa huomioon kokonaisvaltaisesti. Fyysisten tekijöiden lisäksi arvioidaan sosiaaliset, psyykkiset ja henkiset tekijät. Lisäksi hoitaja määrittelee saamiensa tietojen perusteella ne tarpeet, joihin hoitotyön keinoin on mahdollista vaikuttaa. Tietoja kerätään iäkkään elämänculusta, lääketieteellisistä ja moniammatillisista tiedoista sekä havainnoinnin avulla. (Kan & Pohjola 2012, 51.)

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että kuntoutumisen tarpeen arvioinnissa oli enimmäkseen huomioitu asiakkaan fyysistä toimintakykyä kuten fyysistä toimintaa ja päivittäisissä toimissa selviämistä. Psykkiseen toimintakykyyn viittauksia oli joitakin ja kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn viittauksia oli yhteensä vain kaksi. Toimintakyvyn arvioiminen kokonaisuutena sekä voimavarojen kartoitus ei kirjaamisessa näkynyt. Kivun arviointiin kirjauksia oli useita. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa hoidon tarve oli kirjattu valmiiden otsikoiden avulla, jolloin kirjaaminen ei ollut asiakaslähtöistä eikä kokonaisvaltaista.

Janlövin, Hallberghin ja Peterssonin (2006) tutkimuksen tuloksista selvisi, että kotihoidon työntekijän tulisi kiinnittää enemmän huomiota huonokuntoisen ihmisen psyykkiseen tilaan tarpeen arviointia tehdessä ja muodostaa siitä riittävä käsitys. Tulosten mukaan tarpeen arvioinnin tulisi keskittyä laajemmin yksilön tarpeisiin kokonaisuutena ja vahvistaa sekä rohkaista ikääntynyttä osallistumaan oman elämänsä hallintaan. (Janlöv, Hallbergh & Petersson, 2006.) Myös Gröndahlin (2009) tutkimustuloksista selvisi, että potilaan fyysistä toimintakykyä arvioitiin muihin toimintakyvyn alueisiin verrattuna useammin. Yhtenevästi Janlövin, Hallberghin ja Peterssonin sekä Gröndahlin tulosten kanssa Kotiin sairaalasta -tiimin kirjauksista kävi ilmi, että tarpeen arvioinnissa fyysinen toimintakyky oli huomioitu laajemmin, kuin psyykkinen toimintakyky. Lisäksi sosiaalista toimintakykyä ei ollut arvioitu lähes ollenkaan.

Gröndahlin (2009) tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että kodin fyysistä turvallisuutta (matot, lattiamateriaalit, kodin muu toimivuus) tai pihapiirin liikkumismahdollisuuksia oli arvioitu melko harvoin. Melko harvoin arvioitiin myös kykeneekö potilas käyttämään julkisia kulkuneuvoja, pesemään pyykkinsä tai tarvittaessa itse hoitamaan kauppamatkan. Kotiin sairaalasta -tiimin kirjauksissa turvallisuus sisälsi kaatumis- ja putoamisriskin arvioinnin. Kodin fyysistä turvallisuutta eli esteettömyyttä ei ollut huomioitu ollenkaan.

Gröndahlin (2009) tutkimuksen tuloksista selvisi, että psykososiaalisesta toimintakyvystä oli arvioitu lähes aina potilaan motivaatiota kotiutukseen ja kuntoutukseen. Melko harvoin arvioitiin masentuneisuutta, nukahtamisvaikeuksia tai univaikeuksia. Tässä opinnäytetyössä tulokset erosivat Gröndahlin tutkimukseen nähden. Opinnäytetyön tulosten mukaan potilaan motivaatiota kuntoutukseen ei arvioitu lainkaan. Masentuneisuutta tai nukahtamis- ja univaikeuksia oli kuitenkin arvioitu jonkin verran.

Asiakkaan kanssa asetetaan yhdessä tavoitteet, jotka perustuvat tarpeen arviointiin. Tavoitteet ilmaistaan aina asiakaslähtöisesti eli hoidettavan kokemuksena, tuntemuksena ja tavoiteltavana olotilana. Tavoitteiden tulee olla mahdollisimman konkreettisia ja saavutettavissa olevia sekä niihin on voitava yhdessä sitoutua. Tavoitteiden mukaan suunnitellaan toiminnot, joilla tavoitteisiin päästään. (Kan & Pohjola 2012, 51–52.) Tavoitteita ei ollut päivittäisen kirjaamisen dokumentteihin kirjattu kuin yksi. Suunniteluissa toiminnoissa näkyi keinot, joilla tuetaan asiakkaan päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä sekä vastataan asiakkaan perushoidollisiin tarpeisiin.

Päivärinnan ja Haverisen (2002) tekemän Stakesin julkaiseman oppaan mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan muotoillaan ja kirjataan koottujen taustatietojen pohjalta asiakaskohtaiset tavoitteet. Asiakkaan kanssa tulisi määritellä hyvin selkeitä, saavutettavissa olevia ja aluksi lyhyen aikavälin tavoitteita. Kotiin sairaalasta -tiimin hoito- ja palvelusuunnitelmassa olevat tavoitteet eivät olleet asiakaslähtöisesti kirjattu.

Toteutus tulisi tapahtua suunniteltujen toimintojen mukaisesti. Hoitotyötä tehdään kuntouttavan hoitotyön periaatteella, jolloin hoitajan tulee osata perustella iäkkäälle, miksi on tärkeää pyrkiä omatoimisuuteen. Kuntoutumiseen sitoutumisessa sekä toimintakyvyn ylläpitämisessä tärkeä merkitys on iäkkäiden motivaatiolla ja hoitajan motivoinnilla. (Kan & Pohjola 2012, 52.) Kuuselan (2009) tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaiden osallisuutta lisättiin kannustamalla asiakkaita tekemään itse niin paljon kuin pystyivät. Omatoimisuuteen tuettiin kannustamalla asiakkaita syömään, liikkumaan, tiskaamaan, pesemään pyykkiä, pukeutumaan ja peseytymään. Kannustaminen oli sanallista kehumista, houkuttelemista ja toiminnan perustelemista. Opinnäytetyön tulosten mukaan asiakkaiden omatoimisuutta tuettiin päivittäisissä toiminnoissa. Kirjauksista ei kuitenkaan näkynyt asiakkaan kannustaminen tai motivoiminen. Asiat oli kirjattu lähinnä vain hoitajan työskentelyn näkökulmasta. Kirjattuna oli siis vain se, mitä hoitaja oli tehnyt, ei sitä, mitä asiakas itse oli tehnyt.

Elorannan, Routasalon ja Arven (2008) tutkimuksen tulosten mukaan hoitotyön ammattilaiset tekivät päätöksiä ja hoitotoimia asiakkaiden puolesta. Ammattilaiset tekivät esimerkiksi pukemiseen ja pesemiseen liittyviä asioita asiakkaiden puolesta, vaikka asiakkaat olisivat ainakin osittain selviytyneet toimista itse. Kotiin sairaalasta -tiimin kirjausten mukaan, kotihoiton henkilökunta tekee asiakkaan puolesta enemmän, kuin ehkä tarve vaatisi.

Kuuselan (2009) tutkimuksesta selvisi, että asiakkaiden tilan säännöllinen seuranta ei haastateltavien mukaan toteutunut. Muutokset asiakkaan tilanteessa arvioitiin tuttuuden tuoman kokemuksen perusteella, mutta asetettujen tavoitteiden toteutumista tai sovittujen toimintojen tuloksia ei seurattu systemaattisesti. Tutkimustulokset ovat yhteneväisiä opinnäytetyön tulosten kanssa. Kotiin sairaalasta -tiimin kirjauksissa kuntoutumista on arvioitu hyvin yleisellä tasolla, jolloin tavoitteiden toteutumista tai kuntoutumista suunniteltujen toimintojen avulla ei arvioitu. Kirjaukset olivat lähinnä viittauksia asiakkaan yleiseen vointiin.

Fyysisestä toimintakyvystä oli opinnäytetyössä arvioitu liikkumisen ja siirtymisten onnistumista, päivittäisistä toiminnoista selviytymistä sekä apuvälineen käyttöä. Opinnäytetyön tulokset ovat yhteneväisiä Gröndahlin (2009) saamien tulosten kanssa. Tulosten mukaan fyysisestä toimintakyvystä kävelyapuvälineiden käyttöä vastaajat arvioivat lähes aina ja 99 % vastaajista arvioi kykeneekö potilas ruokailemaan itsenäisesti ja kykeneekö istumaan, pääsemään vuoteesta tai liikkumaan sisällä.

Tulosten perusteella voidaan esittää seuraavia kehittämissuhteita. Kuntoutumisen tarpeen arvioinnissa asiakas tulisi huomioida kokonaisvaltaisemmin. Lisäksi kodin turvallisuus ja ympäristön esteettömyys olisi hyvä ottaa huomioon. Hoito- ja palvelusuunnitelmiin tarve tulisi määrittää asiakaslähtöisemmin ja tavoitteita tulisi asettaa sekä pitkälle että lyhyelle aikavälille perustuen asiakkaan tarpeen arviointiin. Tavoitteiden pohjalta on hyvä määritellä tavoitteille keinot, joilla päämäärään päästään. Lisäksi kirjauksissa tulisi näkyä hoitotyön toteutus sekä jatkuvaa kuntoutumisen arviointia.

Jatkossa ilmiöön liittyen voitaisiin tutkia esimerkiksi kotihoidon hoitajien kirjaamisen osaamisen tasoa heidän omasta näkökulmastaan. Lisäksi havainnoimalla hoitajien työtä voitaisiin saada tietoa siitä, miten kuntouttava työote kotihoidossa toteutuu. Kotihoidon asiakkaiden näkökulmasta voitaisiin tutkia myös sitä, kuinka hyvin he kokevat osallistuvansa oman hoidonsa suunnitteluun ja toteutukseen.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Eloranta, S., Routasalo, P. & Arve, S. 2008. Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. *International Journal of Nursing Practice*. 14. 308-314.
- Granheim, U.H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (24), 105–112.
- Gröndahl, W. 2009. Sairaanhoitajan arvio iäkkään kotiutuvan potilaan toimintakyvystä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.
- Heinola, R. 2007. Palvelujen dokumentointi. Teoksessa Heinola, R. (toim.) *Asiakaslähtöinen kotihoito*. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 26–29.
- Heinola, R. & Luoma, M-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Heinola, R. (toim.) *Asiakaslähtöinen kotihoito*. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 36–47.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff, P. 2007. *Hoitotyö kotona*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ikonen, E-J. 2013. *Kehittyvä kotihoito*. Porvoo: Bookwell Oy.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö Suomen kuntaliitto. Viitattu: 21.2.2013.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1063089
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadullinen tutkimusmetodologia tuottaa hoitotieteessä hyödyllisempää tietoa kuin määrällinen. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy. 7–20.
- Janlöv, A-C., Hallberg, I. & Petersson, K. 2006. Older persons' experience of being assessed for and receiving public home help: do they have any influence over it? *Health and Social Care in the Community* 14 (1), 26–36.

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus Hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma pro Oy.

KASTE. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2012 - 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 21.2.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Korpelainen, O. 2011. Kotona asuvan ikääntyneen henkilön toimintakyvyn edistäminen eri toimijoiden toteuttamien palveluiden avulla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Kotihoito Forssan kaupungin vanhuspalveluissa 9/2012.

Kuusela, M. 2009. Moniammatillinen osaaminen kotihoidossa olevien ikäihmisten fyysisen toimintakyvyn tukemisessa kotihoidon ammattihenkilöiden kuvaamana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs & Vanhanen 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 1999: 11(1), 3-12.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista nro 812/2000. 22.9.2000. Viitattu 29.1.2013.
www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy. 21–43.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma – opas. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen kuntaliitto. Helsinki.
Viitattu 17.11.2013:
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf?sequence=1>

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

STM 2002a= Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Viitattu 29.1.2013.

http://www.localfinland.fi/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ik_aantyneet/hoito-palvelusuunnitelma/Documents/Ik%C3%A4ihmisten%20hoito-%20ja%20palvelusuunnitelma.pdf

STM 2002b= Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. Viitattu: 29.1.2013.
pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm

STM 2012=Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 5.2.2013.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut/

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2013. Kuntouttava lähihoito. Porvoo: Bookwell Oy.

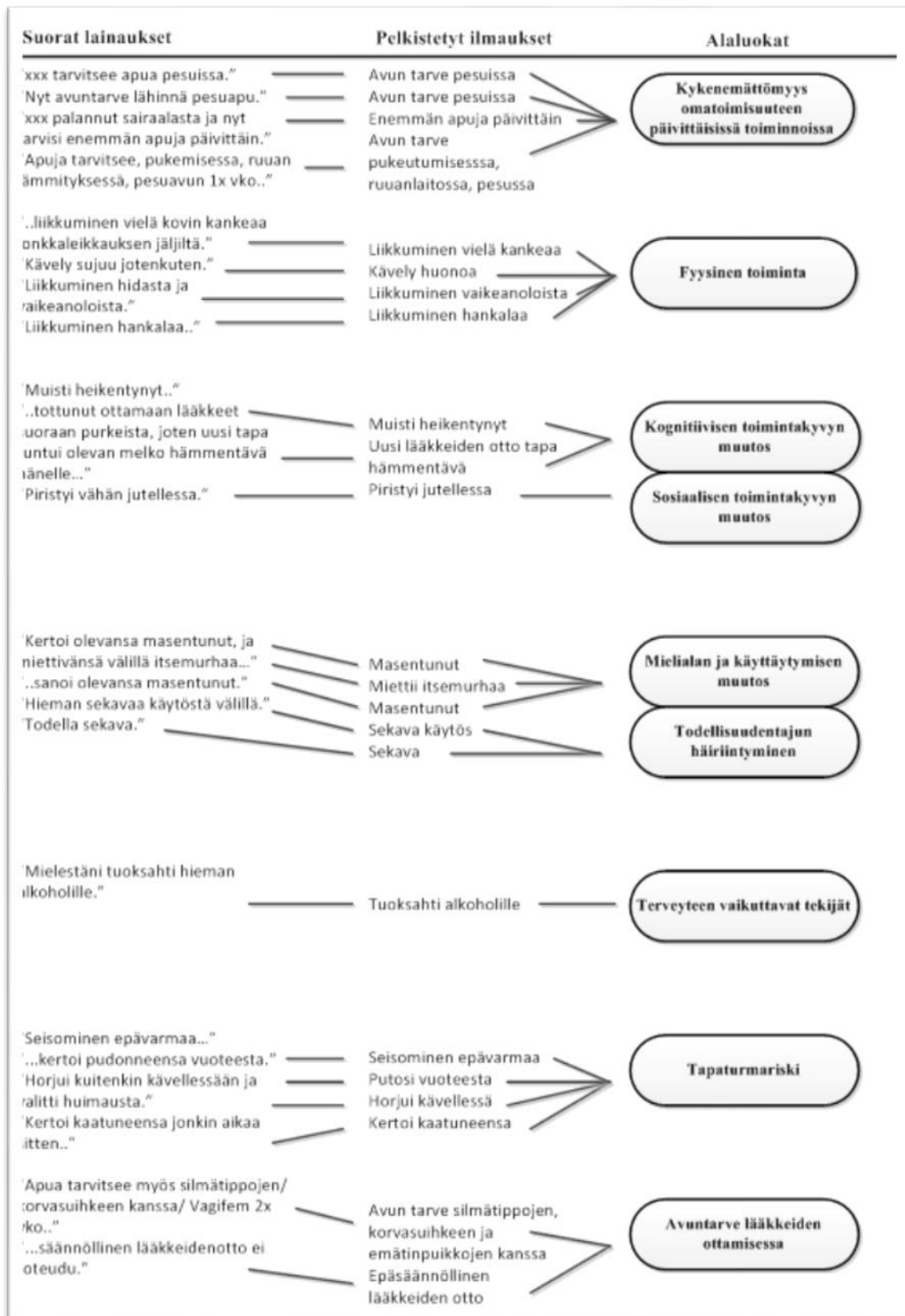
Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Turjamaa, R., Hartikainen, S. & Pietilä, A-M. 2011. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat – systemoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 9 (4), 4–13.

Voutilainen, P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 124–144.

Vähäkangas, P. 2009. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 145-157.

Liite 1. Aineiston pelkistäminen



Liite 2. Aineiston ryhmittely

